This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

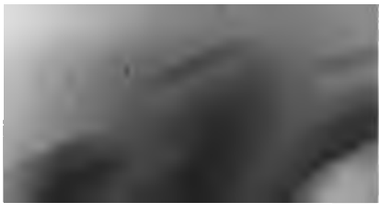
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

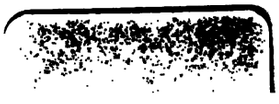
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

Ser. 1512 of. 511

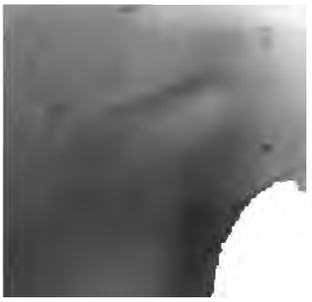




RADCLIFFE SCIENCE LIBRARY

PARKS ROAD

OXFORD OX1 3QP



MÉMOIRES

DES CONCOURS

ET

DES SAVANTS ÉTRANGERS,

PUBLIÉS PAR

L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE

DE BELGIQUE.

MÉMOIRES

DES CONCOURS

ET

DES SAVANTS ÉTRANGERS,

PUBLIÉS PAR

L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE

DE BELGIQUE.

TOME QUATRIÈME.

FOREIGN
BODLEIAN
PERIODICALS

BRUXELLES,
J.-B. DE MORTIER, IMPRIMEUR DE L'ACADÉMIE,
RUE DE NAMUR, 30.

1858

ESSAI

SUR

L'ÉTAT PUERPÉRAL.

ESSAI

SUR

L'ÉTAT PUERPÉRAL,

LA NATURE ET LE TRAITEMENT

DES MALADIES AUXQUELLES CET ÉTAT PRÉDISPOSE;

PAR M. A. LAURENT,

DOCTEUR EN MÉDECINE A PRASNES

—

MÉMOIRE

ADRESSE A L'ACADÉMIE EN RÉPONSE A LA QUESTION SUIVANTE
QU'ELLE AVAIT MISE AU CONCOURS DE 1846-1848 :

« Décrire l'état puerpéral, et éclairer, par des faits, la nature et le traitement des maladies auxquelles cet état prédispose. »

(Le prix consistant en une médaille d'or de cinq cents francs,
a été décerné à l'auteur.)

AVANT-PROPOS.

« C'était un des dogmes professés par l'École de Cos que, pour expliquer les phénomènes de la santé et de la maladie, il fallait prendre également en considération les solides qui entrent dans la composition du corps humain, les liquides dont il est abondamment pourvu et les forces qui les régissent. »

(ANDRAL, *Hématologie pathologique*, p. 5.)

C'est à l'époque de l'adolescence que commence à se faire sentir chez la femme, l'influence de l'utérus et des ovaires sur tout son organisme, et qu'il est vrai de dire avec notre illustre compatriote Van Helmont : ***Propter solum uterum, mulier est id quod est.*** Cette influence est si réelle, que les affections de l'utérus sont rares aux deux périodes extrêmes de la vie, comparativement à ce que l'on observe durant la période moyenne. En effet, jusqu'à la puberté, l'organe tout entier reste dans l'inaction et son accroissement est lent et graduel; aucun acte physiologique important ne s'y fait encore et les causes morbifiques semblent ne pouvoir l'atteindre. Dès que la jeune fille devient pubère, il semble se réveiller du sommeil dans lequel il était resté plongé jusque-là; des fonctions essentielles s'y établissent en même temps qu'il s'y développe des prédispositions à des maux variés, prédispositions qui augmentent avec les progrès de l'âge

et surtout alors que la femme parcourt la plus belle phase de son existence. Il n'est peut-être chez elle aucun viscère qui soit plus souvent malade que l'utérus; on peut dire aussi que dans les affections des autres organes de l'économie, et surtout dans celles du système nerveux, il en est beaucoup dans lesquelles la matrice joue un très-grand rôle soit comme point de départ ou de retentissement, soit comme complication. Cette fréquence et cette variété de maladies se conçoit facilement quand on réfléchit à la diversité des tissus qui entrent dans la composition de la matrice et de ses annexes, à l'importance de ses fonctions et aux changements qu'elle subit dans sa texture, dans son volume, dans ses propriétés vitales en accomplissant les divers actes qui lui sont dévolus. C'est surtout pendant la gestation, durant le travail de l'accouchement et dans l'état de la femme que l'on nomme *état puerpéral* que ces affections sont fréquentes, graves et variées. C'est de ce dernier état que nous avons à nous occuper pour répondre à la question posée par l'Académie royale de médecine de Belgique, question qui est conçue en ces termes : « Décrire l'état puerpéral et éclairer, par des faits, la nature et le traitement des maladies auxquelles cet état prédispose. »

En entreprenant ce travail, long et difficile, nous avons été mu par l'espoir de répandre sur un des points de la science qui le mérite à tant de titres, quelques traits de lumière, tant par les faits nombreux que depuis vingt à trente ans nous avons recueillis, que par les vues nouvelles que ces faits, ainsi que des expériences chimiques sur le sang de la femme en couches nous ont suggérés sur la nature et la thérapeutique des maladies puerpérales.

Nous avons divisé notre travail en deux parties : dans la première, nous traitons de l'état puerpéral : nous en donnons la définition, la durée, nous en exposons le tableau anatomique et physiologique en signalant les modi-

fications qu'il fait éprouver au sang, nous mentionnons enfin les soins à donner à la nouvelle accouchée. La deuxième partie comprend la pathologie des affections puerpérales. Chaque maladie est précédée de la relation des faits qui font la base de l'examen de leur nature et de leur traitement. Nous nous sommes, autant que possible, appuyé sur des observations puisées dans notre pratique particulière et sur de nombreuses expériences qui nous sont propres. Lorsque ces faits nous ont manqué, nous en avons emprunté aux auteurs, en tâchant de ne pas perdre de vue ce passage d'un écrit de M. Fallot : « Il est dans les choses possibles que ce que j'écris ait déjà été dit, examiné, discuté, réfuté ; je n'ai aucune prétention à l'érudition médicale pas plus qu'à aucune autre, et ne suis pas en position de pouvoir en acquérir. Mais fut-il vrai que je répète ce que d'autres avant moi ont publié, on ne pourrait sans injustice m'accuser de plagiat. Un plagiaire est celui qui donne comme étant de lui ce qu'il a pillé ailleurs ; or, je n'ai pillé que dans mon expérience fécondée par la méditation, et chaque fois que j'ai pris en dehors, j'ai scrupuleusement indiqué la source (1). »

Tous nos efforts ont été employés à suivre et respecter ces principes, que trop souvent nous avons vu fouler aux pieds.

Mars 1848.

Pour nous conformer à la décision prise par l'Académie, sur la proposition de la Commission du concours, nous avons supprimé de notre travail, avant l'impression : 1° les prolégomènes, contenant des généralités sur le sang et la description de la méthode que nous avons suivie dans l'analyse de ce fluide ; 2° l'anatomie et la physiologie des organes reproducteurs dans

(1) *Annales de la Société de médecine de Gand*, tome VII, page 19.

l'état de vacuité de l'utérus et dans l'état de gestation et ce que nous avions écrit sur les propriétés physiques et chimiques du sang dans ces deux états. L'Académie a jugé que ces matières n'avaient pas un rapport direct avec la question proposée. Nous offrons, d'ailleurs, dans le corps de l'ouvrage, le résumé de nos recherches sur le sang.

Dans la deuxième partie, nous avons également retranché les chapitres relatifs : 1° à l'antéversion et la rétroversion de l'utérus ; 2° au renversement et au prolapsus de cet organe; 3° au relâchement des parois de l'abdomen; 4° aux fissures anales, suites des couches; 5° à la pneumonie, la dysurie, la rétention d'urine et aux hémorrhoïdes; 6° au bronchocèle; 7° aux maladies des mamelles pendant l'état puerpéral, ces chapitres ne paraissant pas réclamés pour la solution de la question. Enfin, selon le vœu de la Commission, nous avons fait disparaître toutes les observations cliniques qui ne nous étaient point propres et que nous avions puisées dans les auteurs.

Décembre 1857.

ESSAI

SUR

L'ÉTAT PUERPÉRAL.

PREMIÈRE PARTIE.

DÉFINITION, DURÉE, DESCRIPTION ANATOMIQUE, PHYSIOLOGIQUE ET HÉMATOLOGIQUE DE L'ÉTAT PUERPÉRAL ET SOINS A DONNER A LA NOUVELLE ACCOUCHÉE.

§ I^er^. — *Définition et durée de l'état puerpéral.*

Les auteurs sont loin de s'entendre sur la signification de ce qu'on appelle *état puerpéral.* La plupart attachent cette expression à la condition de la femme qui commence avec la conception, dure pendant la grossesse et le travail de l'accouchement et se termine avec l'allaitement. Mais est-il rationnel de comprendre sous cette dénomination les quatre actes physiologiques si distincts que nous venons de mentionner? Nous ne le pensons pas, car la grossesse a sa cause, sa marche, ses caractères, ses maladies et sa thérapeutique. L'époque du travail, quoique de courte durée, présente aussi ses signes distinctifs. L'état de couches a également les siens; et enfin, il en est de même de l'état d'allaitement. Nous avons donc cru bien faire, en limitant l'état puerpéral au temps des couches proprement dit.

Par le mot couches (*puerperium*), on entend l'espace de temps consécutif à l'accouchement et pendant lequel l'utérus, les autres organes génitaux,

et même toute l'économie reviennent à leur état ordinaire d'où la gestation les avait fait sortir (1). H. Eichèle (2) en donne la définition suivante : « L'accouchement avec ses suites est l'effort qui réprime la force expansive qui a prédominé jusqu'alors, ramène la force contractive au plus haut degré qu'elle puisse atteindre, et replace les parties génitales dans l'état indifférent, d'où la conception les avait tirées. »

Quelle est la durée de l'état puerpéral tel que nous venons de le définir? La solution de cette importante question est loin d'être parfaite. C'est ainsi que quelques auteurs limitent la durée de l'état puerpéral à trois septenaires; il est de quatre selon d'autres; il en est même qui, ayant reconnu, à l'autopsie, que la matrice n'était pas encore complétement revenue sur elle-même, deux mois après l'accouchement, ont cru que l'état puerpéral s'étendait au moins jusque-là. « Le délivre expulsé, dit Désormaux (3), la contraction de l'utérus continue jusqu'à ce que cet organe soit revenu au volume qu'il avait avant la conception, ce qui a lieu au bout d'un terme plus ou moins considérable, qu'on peut, en terme moyen, évaluer à douze ou quinze jours. » « Au bout de six semaines, dit Cazeaux (4), la matrice est presque dans le même état qu'avant la grossesse, à cela près d'un peu plus de volume et de laxité. »

Sur quoi peut-on donc baser la durée de l'état puerpéral? C'est, selon nous, 1° sur le retour de l'utérus, des autres organes génitaux et même de toute l'économie à leur état ordinaire; 2° sur la durée de l'écoulement lochial; 3° sur la composition élémentaire du sang.

1° Il est difficile, pour ne pas dire impossible, de bien préciser, par des signes extérieurs, le temps que l'utérus et ses annexes mettent à reprendre la conformation normale, d'où la gestation les avait fait sortir. Ce n'est, selon nous, que par les résultats de la microscopie que l'on peut établir des règles positives à cet égard. Or, comme ce retour varie nécessairement suivant une foule de circonstances, telles que la nature de l'accouchement, les accidents qui peuvent l'accompagner ou le suivre, le

(1) Désormaux, *Dictionnaire de médecine*; article *Couches*. — (2) *Dissertatio inauguralis de puerperio*. — (3) *Dictionnaire de méd.*; article *Couches*. — (4) *Traité théorique et pratique de l'art des accouchements*; édition de Bruxelles, page 301.

tempérament, les individualités, etc., il faudrait avoir pratiqué un nombre considérable d'autopsies, pour que leurs conséquences eussent à cet égard force de loi; force nous est donc de chercher dans d'autres moyens les caractères de la durée de l'époque puerpérale, tout en tenant compte des signes que peuvent avoir fourni les autopsies rapportées par les auteurs, ainsi que de ceux que la vue, le toucher, etc., peuvent faire connaître.

2° Nous avions pensé que nous pourrions appuyer la durée de l'état puerpéral sur celle des lochies; mais, en recueillant des faits en vue de dresser un tableau, d'où nous aurions déduit des règles générales, nous nous sommes bientôt aperçu que telle est la variation de durée de l'écoulement lochial, qu'il n'est pas possible de s'en servir exclusivement pour fixer la durée des couches. En effet, chez certaines femmes, et sans qu'il y eut maladie, nous avons vu l'écoulement lochial finir le huitième ou le dixième jour après l'accouchement, lorsque les organes de la reproduction étaient encore éloignés d'avoir repris leur état normal; chez d'autres, nous l'avons vu finir à la sixième, à la septième et même à la huitième semaine, les organes générateurs paraissant avoir récupéré leur état normal bien plus tôt; chez le plus grand nombre, enfin, nous avons reconnu que cette cessation avait lieu à divers moments compris entre ces deux extrêmes. Nous avons conclu de ces faits que les lochies, comme le retrait de l'utérus et de ses annexes, ne pouvaient que concourir à fixer la durée de l'état puerpéral, sans permettre, seules, de la déterminer.

3° C'est alors que nous nous sommes demandé si l'on ne pourrait pas établir cette durée sur la composition élementaire du sang. D'après les recherches nombreuses auxquelles nous nous sommes livrés sur ce sujet, et dont nous donnerons plus loin les résultats, il résulte que, comme les moyens précités, celui-ci ne fournit pas de données assez constantes, assez invariables, pour pouvoir servir, seul, à établir la durée du temps des couches; mais, joint aux deux précédents, il pourra nous aider à la préciser avec plus d'exactitude.

C'est en profitant des connaissances acquises et de notre propre expérience sur le retour de l'utérus et de ses annexes à l'état normal, c'est

en comparant la durée que les auteurs attribuent à l'écoulement lochial, avec celle que nous lui avons reconnue; c'est en nous appuyant sur les données qui résultent de nos recherches sur la composition du sang des femmes en couches, que nous sommes arrivés à fixer à vingt et un, et à trente-cinq jours, le minimum et le maximum de la durée de l'état puerpéral, qui en durée peut présenter tous les termes compris entre ces deux extrêmes.

§ II. — *Anatomie et physiologie de l'état puerpéral.*

Lorsque le terme de la gestation est arrivé, l'utérus, qui est parvenu à son plus grand développement, se contracte d'abord lentement et faiblement, puis avec une énergie toujours croissante, jusqu'à l'expulsion du fœtus. Cette contraction intermittente et douloureuse, aussi longtemps qu'elle éprouve de la résistance, se fait ensuite d'une manière continue et rapide, sans que la femme en ait conscience, jusqu'à ce que les parois de l'organe se soient appliquées sur le délivre et le sang plus ou moins coagulé qui l'accompagne. La résistance qu'elles rencontrent alors, rend à leur contraction ses premiers caractères, mais à un degré moindre et proportionné au degré de cette même résistance. Le délivre expulsé, la contraction continue jusqu'à ce que l'utérus soit revenu au volume qu'il avait avant la conception.

Une espèce d'accablement ou de lassitude, semblable à celle qu'on éprouve à la suite d'un exercice violent et immodéré, succède à l'agitation excitée par le travail. A peine placée dans son lit, la femme est assez souvent prise d'un frisson qui peut être accompagné du claquement des dents; mais bientôt l'action du pouls se réveille, la chaleur se ranime, la peau devient humide, une moiteur salutaire se déclare, l'ordre des fonctions se rétablit, et le plus grand calme, le sommeil le plus paisible remplacent le trouble des instants précédents. Ce sommeil doit être respecté, mais il convient que la femme ne s'y laisse aller que quelques heures après être accouchée, à moins que le médecin ne soit là pour surveiller attentivement l'état du pouls et celui de l'utérus, dans la crainte qu'une perte de sang plus ou moins forte ne survienne.

L'état de la femme présente encore, sous le point de vue physiologique, des modifications remarquables que Désormaux expose en ces termes :

Le pouls qui, immédiatement après l'accouchement, était serré et fréquent perd bientôt de sa fréquence et devient souple et développé et il n'éprouve plus de changement que pendant la *fièvre de lait.* Le sang conserve encore pendant quelque temps les qualités que l'état de grossesse lui a imprimées; aussi celui qui s'écoule à l'instant de la délivrance ou peu après, forme un caillot ferme et tenace. La femme est dans un état de faiblesse et d'abattement proportionné à la quantité de sang qu'elle a perdu, ainsi qu'à la longueur et à l'intensité du travail de l'enfantement. Souvent même par cette dernière cause, elle ressent une lassitude générale. La sensibilité est fort exaltée tant par l'effet des deux causes dont nous venons de parler, que parce qu'elle avait déjà reçu cette modification pendant la grossesse. L'appétit est ordinairement assez vif, mais il ne serait pas prudent de le satisfaire, car on conçoit facilement par ce qui vient d'être dit que les fonctions digestives sont affaiblies.

La peau, sèche d'abord, ne tarde pas à se couvrir d'une douce moiteur, qui se change facilement en une sueur abondante. La matière excrétée par la transpiration a une odeur particulière, tirant sur l'aigre. En traversant la peau, elle excite souvent un sentiment de picotement; et lorsque la sueur est augmentée par quelque circonstance, il est très-ordinaire de voir paraître une éruption miliaire. On peut, le plus souvent, faire naître cette éruption à volonté, soit sur toute la surface du corps, soit sur une partie seulement, en accumulant de couvertures. Aussi doit-on la regarder, non comme le résultat d'un travail dépuratoire, mais comme l'effet local du cours de la sueur. On peut éviter cette éruption en modérant les couvertures, et la faire disparaître en diminuant les sueurs avec les précautions convenables. Non-seulement il n'en résulte aucun mal, mais même la femme se trouve soulagée. On a cru pendant longtemps que cette transpiration, dont la durée se prolonge ordinairement pendant les huit premiers jours qui suivent l'accouchement, était destinée à évacuer le lait qui, sécrété dans les mamelles, ne reçoit pas sa destination naturelle pour la nourriture de l'enfant, ou au moins les matériaux qui devaient servir à sa formation. L'abondance de

cette transpiration, son odeur particulière, ce sentiment de picotement qu'elle excite, cette disposition aux éruptions miliaires, semblaient donner du poids à cette opinion. On pensait aussi que cette sueur servait à débarrasser le sang de la sérosité surabondante qui s'y est mêlée dans les derniers mois de la grossesse..... On ne peut nier, ajoute encore Désormaux, que le lait, une fois sécrété dans la mamelle, ne doive être résorbé par les vaisseaux lymphatiques, s'il ne trouve pas son écoulement par ses conduits excréteurs, et être reporté dans le torrent de la circulation pour être ensuite éliminé par les divers émonctoires. On sait en même temps que souvent, chez les femmes qui n'allaitent pas et chez celles qui ont sevré, la sécrétion du lait continue encore longtemps, et qu'une petite quantité seulement s'écoule par le mamelon. Or, l'augmentation de la transpiration, qui se perpétue assez longtemps après l'accouchement, tandis que les autres sécrétions ne subissent aucun changement, indique assez que la nature a choisi cette voie pour se débarasser des humeurs superflues; mais il ne s'ensuit pas que le lait en nature et avec toutes ses qualités physiques et chimiques passe dans le sang et circule dans toute l'économie.

La sécrétion et l'excrétion des urines n'offre, en général, rien de particulier : leur émission est cependant parfois difficile à cause du boursoufflement du méat urinaire, lorsque cette partie a été fortement comprimée par la tête du fœtus et que la pression a duré longtemps. Après un long travail et une compression trop violente, la vessie est, dans certains cas, paralysée momentanément : il faut alors pratiquer le cathétérisme. Le médecin doit toujours, pendant les deux ou trois premiers jours des couches, s'assurer si la femme urine facilement et librement; souvent l'accumulation de l'urine dans la vessie à demi-paralysée et comme engourdie, explique un état de malaise et de souffrance dont il ne pouvait se rendre compte.

La constipation commence pendant les derniers temps de la grossesse et persiste souvent pendant quatre, six et même huit jours après l'accouchement. La rétention prolongée des matières fécales peut aussi donner lieu à de l'anxiété, à l'insomnie, à la céphalalgie, quelquefois même à un sentiment de pesanteur, à une véritable douleur dans une des fosses iliaques,

symptômes qui disparaissent comme par enchantement après l'administration d'un léger laxatif. Quand la constipation se prolonge, il en résulte très-souvent un état de souffrance qui peut devenir la cause d'un léger mouvement fébrile. Cette fréquence du pouls coïncidant avec la douleur qui résulte de la constipation, douleur qui est assez souvent localisée en un point du bas-ventre, et qui est augmentée par la pression, pourrait faire croire à l'existence d'une péritonite. Cazeaux (1) dit en avoir vu un exemple qui a promptement cédé à l'emploi d'un purgatif. Cette rétention des fèces peut être produite par une paralysie du rectum, paralysie qui est elle-même le résultat de la compression exercée sur lui par la tête, dont le séjour dans l'excavation a été trop longtemps prolongé. A la suite d'un accouchement laborieux, dit M. Martin de Lyon, j'ai vu les matières fécales, retenues pendant plus de vingt jours, s'amasser en si grande quantité, qu'elles égalaient le volume d'un enfant à terme, et avaient une extrême consistance; tous les laxatifs ayant échoué, je fus, dit-il, obligé d'introduire une curette, et d'amener par parcelles les matières endurcies; après cette opération, l'intestin ne reprit pas de suite ses fonctions; mais par le moyen de lavements irritants, on empêcha une accumulation nouvelle de matières; la contractilité de l'intestin ne fut complétement rétablie que vingt-neuf jours après.

Les modifications les plus importantes se passent du côté des organes génitaux, qui tendent peu à peu à revenir à leur état primitif. Après l'accouchement il s'établit dans la matrice une contraction rhythmique, c'est-à-dire, des alternatives d'expression et de resserrement qui durent jusqu'à ce que l'organe soit parvenu à son volume normal. Quand, après la naissance de l'enfant, on palpe les parois relâchées de l'abdomen, on sent que l'utérus forme au-dessus des pubis une tumeur longue d'environ vingt-sept centimètres sur dix-neuf de large. Au bout de quelques jours sa longueur n'est plus que de seize centimètres. Cependant chez les femmes maigres, et surtout chez celles qui ont accouché plusieurs fois, la matrice présente encore, au bout de quinze jours, deux doigts de largeur

(1) Ouvrage cité.

au-dessus des pubis. Son fond, chez les primipares, et notamment chez celles qui ont beaucoup d'embonpoint, ne peut être senti d'une manière distincte après le huitième jour. Au bout de six semaines elle est presque dans le même état qu'avant la grossesse, à cela près d'un peu plus de volume et de laxité.

Cette diminution du volume de la matrice n'est pas toujours aussi régulièrement graduée. Lorsque l'action de la contractilité des tissus a été faible après l'accouchement, les parois utérines conservent souvent une épaisseur considérable pendant quatre à cinq jours, et l'on voit le fond de l'organe s'élever pendant tout ce temps à peu de distance de l'ombilic. Il arrive encore qu'après avoir diminué, son volume augmente de nouveau pendant quelques heures, quelquefois même pendant une journée ou deux pour revenir bientôt à ses dimensions primitives. J'ai vu, plusieurs fois, de semblables phénomènes disparaître promptement après un écoulement sanguin plus ou moins abondant. « Je ne peux guère, dit Cazeaux (1), expliquer ce fait que par une congestion toute locale, qui n'aura pas été assez énergique pour produire une hémorragie active, mais qui aura borné son action à distendre, à engorger les vaisseaux utérins, et, par conséquent, à augmenter l'épaisseur des parois; peut-être aussi que ce volume anormal est dû, dans certains cas, à la présence de caillots de nouvelle formation. »

Dans les premiers temps, les parois de l'utérus diminuent rapidement d'étendue en largeur et en hauteur; leur épaisseur augmente à mesure qu'elles se resserrent. En effet, les divers tissus dont cet organe se compose ne reviennent pas sur eux-mêmes avec autant d'énergie et de promptitude que le tissu musculaire; il ne faut pas seulement que les vaisseaux reprennent graduellement leur flexuosité et leur calibre, que le sang afflue avec moins d'abondance dans les artères et soit poussé plus promptement des branches veineuses dans les troncs, il faut encore qu'il y ait absorption de l'excès de substance qui s'est produit pendant la grossesse par l'activité augmentée de la nutrition. Il résulte de ce mode de contraction que les parois utérines ne peuvent point s'appliquer exactement l'une contre l'autre, et que la

(1) Ouvrage cité, page 301.

cavité, qu'elles circonscrivent, reste et plus spacieuse et plus béante, de sorte que le sang s'y amasse en quantité plus ou moins considérable. Bientôt cependant la diminution s'opère dans tous les sens, et la cavité reprend son exiguïté ordinaire.

La disposition que nous venons de décrire, et qui signale le premier temps du retour de l'utérus à son état primitif, est d'autant plus marquée que les parois de cet organe ont été plus fortement distendues, qu'elles l'ont été plus fréquemment, que leur distension a cessé d'une manière plus rapide, que, par cela même, leur resserrement a été l'effet d'un moins grand nombre de contractions énergiques, et qu'elles restent plus engorgées après l'accouchement.

« Après la délivrance, dit Burns (1), on trouve l'utérus comme une large poche applatie, ayant depuis neuf jusqu'à douze pouces de long, sur environ sept de largeur et trois d'épaisseur. Trois jours après, ces dimensions diminuent de deux pouces, et les parois conservent un pouce d'épaisseur. Vers le huitième jour, son fond dépasse à peine le détroit supérieur, sa longueur est encore diminuée d'un pouce ; quelques jours après, même diminution. »

La surface interne de l'utérus est recouverte d'une couche épaisse de substance noire et sanguinolente, que l'on peut ôter en grattant, et sous laquelle on retrouve une portion de la caduque. Dans le lieu où était inséré le placenta, elle est très-inégale, légèrement proéminente et d'une couleur plus foncée. Ces inégalités regardées par quelques anatomistes comme des crêtes destinées à s'enfoncer entre les cotylédons du placenta, dépendent, d'après Désormaux, de l'excessive distension qu'ont subie, pendant la grossesse, les artères et surtout les veines, et de la lenteur avec laquelle ces vaisseaux reviennent sur eux-mêmes. Suivant M. Velpeau, elles seraient dues à ce que, chez les femmes mortes peu de temps après l'accouchement, la surface interne de l'utérus reste boursouflée et comme fongueuse dans la portion qui correspondait au placenta. D'après M. Jacquemier, le plan musculaire interne de l'utérus, dans tout l'espace occupé par le placenta, est perforé par un grand nombre de trous qui

(1) *Traité des accouchements* ; voir l'*Encyclopédie des sciences médicales*.

donnent un aspect particulier à cette partie de la face interne de la matrice et la rendent moins contractile; aussi, à mesure que l'utérus se resserre, elle tend à faire hernie dans la cavité, et lorsqu'il est arrivé à son état de repos, elle forme une tumeur ordinairement plus large que la paume de la main, à surface très-inégale, déchirée, comme spongieuse, faisant souvent un relief considérable. Les vaisseaux utéro-placentaires déchirés sont compris dans cette masse qui les rend tortueux et presque inextricables. Quoi qu'il en soit, il est bien important, dit M. Jacquemier, d'avoir présent à l'esprit cette disposition; car la lecture attentive de plusieurs observations de délivrance contre nature m'a convaincu que, dans ce cas, on a confondu la tumeur formée par la couche la plus interne de l'utérus avec des fragments de placenta, qu'on s'efforçait vainement, mais non sans danger, d'arracher.

« La surface péritonéale de l'utérus, dit Burns (1), est d'une couleur œillet pâle. A la fin de la quinzaine, l'utérus a depuis quatre jusqu'à cinq pouces de long, et environ trois pouces un quart de large; la tunique péritonéale est pâle; ce n'est guère qu'à la troisième semaine que l'utérus a repris le volume d'avant la gestation, et ce n'est qu'au bout de deux mois que, sous tous les rapports, il a repris ses dimensions. »

Voici d'après M. le professeur Stoltz, les modifications que subit le col de l'utérus après l'accouchement : « Aussitôt que le fœtus est né, le col se ferme de nouveau en partie; mais il est court, large, mou, inégal; on y pénètre facilement avec un ou plusieurs doigts. C'est l'orifice interne qui résiste le plus; on peut s'en assurer quand on introduit la main dans la matrice : elle passe avec difficulté, et seulement quand on a dilaté progressivement l'orifice interne. Celui-ci est quelquefois assez fermé pour faire croire à ceux qui veuillent porter la première fois la main dans l'utérus, qu'ils y sont, quand, arrivés dans le vagin, ils trouvent une cavité assez large et point d'ouverture qui les conduise plus loin. Les caillots de sang qui se ramassent à la partie supérieure du vagin et autour du col, ajoutent encore à cette confusion.

(1) Ouvrage cité.

« L'orifice interne, qui s'est fermé après l'expulsion du fœtus, ne présente que peu de résistance : aussi a-t-il à peine besoin de se dilater de nouveau pour laisser passer le placenta : il cède facilement. La délivrance opérée, la matrice se contracte, le col prend plus de consistance et de longueur; mais il est obligé de s'entr'ouvrir encore à plusieurs reprises pour laisser passer des caillots de sang plus ou moins nombreux. Pendant les suites de couches, il revient peu à peu à sa grandeur naturelle; quelquefois même il est plus long; mais il acquiert plus ou moins sa disposition ordinaire à mesure qu'il reprend toute sa consistance.

« A la fin des trente premiers jours, il a repris le plus souvent les dimensions qu'il avait avant la gestation; quelquefois pourtant il est un peu plus raccourci : il a presque autant de consistance; toutefois la partie inférieure nous a paru plus ramollie. Il n'a plus conservé sa forme conique, mais son sommet étant devenu plus gros, il offre la forme d'un cylindre. Les lèvres présentent, en général, des chancrures d'autant plus nombreuses, que les femmes ont eu déjà plus d'enfants, et que l'accouchement a été laborieux. La fente transversale est plus profonde et plus angulaire. Chez les femmes qui ont eu beaucoup d'enfants, le sommet du col est quelquefois plus gros que la base; il est beaucoup plus court, et quelquefois partagé en deux lèvres plus ou moins plates, larges et inégales; l'antérieure est plus longue que la postérieure; dans certains cas, celle-ci semble avoir été détruite en entier. D'autres fois, la lèvre postérieure est très-prononcée, et à peine sent-on l'antérieure. Il existe, d'ailleurs, sur ce point presque autant de variétés que de sujets différents. »

Le vagin se raccourcit; les rides, effacées pendant les derniers temps de l'accouchement, reparaissent peu à peu, mais lentement. L'orifice de ce conduit et la vulve reprennent aussi leur état primitif. D'abord, les grandes lèvres sont minces et distendues, ainsi que le périnée, et la partie postérieure du contour de la vulve est flasque, froncée et proéminente en dehors. Quelquefois il existe des éraillures de l'épiderme, d'autres fois de véritables déchirures qui occasionnent un sentiment de cuisson. Après un premier accouchement, la fourchette est presque infailliblement rompue.

Les ligaments larges semblent se reformer par le rapprochement des deux feuillets qui les constituent.

Les trompes de Fallope, les ligaments ronds et la surface des ovaires, sont tellement vasculaires, qu'ils présentent, après les couches, une couleur pourprée. L'endroit d'où l'ovule s'est échappée présente davantage cette teinte que le reste de la surface de l'ovaire. Cet état des annexes de l'utérus diminue à mesure que la matrice revient à son état de vacuité. On trouve invariablement le corps de l'un des ovaires safrané; on le reconnaît à sa saillie, à sa couleur, à sa vascularité et à sa légère cicatrice. « Il a, dit Burns (1), un demi-pouce de long, mais il n'est pas aussi large, ni aussi profondément situé dans le tissu de l'ovaire. Après l'accouchement, il diminue promptement, et à la fin il disparaît, mais la cicatrice reste plus longtemps. »

Le système vasculaire de l'utérus joue un rôle si important dans les phénomènes physiologiques et pathologiques de l'état puerpéral, que nous avons jugé convenable d'en traiter séparément.

Les artères de l'utérus sont très-nombreuses, mais d'un volume de beaucoup inférieur à celui des veines; c'est vers la face externe de l'organe qu'elles abondent; c'est là qu'elles forment un réseau infiniment plus fin que celui des veines, en raison de leurs innombrables subdivisions. Leurs troncs et leurs branches principales sont excessivement onduleux; parfois même ils sont tournés en spirales serrés, ou représentent de véritables serpentins : ils ne redressent leurs courbures que dans le développement excessif de la cavité utérine; ainsi que les veines, elles sont beaucoup plus grosses, plus nombreuses au corps qu'au col, si ce n'est dans quelques cas rares, ceux d'insertion anormale du placenta. « Le sang, disent Boivin et Dugès (2), est fourni aux veines utérines qui nourrissent le fœtus, par de larges anastomoses artérielles; car nous avons trouvé dans ces veines, qu'on nomme encore sinus utérins, l'injection, assez tenue, il est vrai, que nous avions poussée dans les artères. »

« Dans l'état de grossesse, dit Dance (3), les vaisseaux de l'utérus

(1) Ouvrage cité. — (2) Ouvrage cité, p. 11. — (3) *Archives générales de méd.*, t. XVIII, p. 180.

acquièrent un développement remarquable; ses veines, en particulier, augmentent en nombre et surtout en volume, et méritent une description spéciale. Voici, ajoute-t-il, l'exposé de quelques recherches que nous avons faites à ce sujet sur les cadavres de femmes, peu de jours après l'accouchement :

« Si l'on pousse une injection, même grossière, dans la veine cave inférieure, au-dessus des veines émulgentes, elle s'épanche aussitôt en abondance dans la cavité de la matrice, et ne tarde pas à s'écouler par la vulve : premier fait qui tend à prouver que de grosses veines sont béantes dans la cavité utérine après l'accouchement, et communiquent librement avec les grandes veines de l'abdomen, ce qui déjà sert à expliquer la propagation de l'inflammation des unes aux autres.

« Si l'on examine ensuite la face interne de l'utérus à l'endroit qui correspond à l'insertion du placenta, on s'aperçoit bientôt que c'est principalement en ce point que la matière de l'injection s'est fait jour au dehors. De gros fragments de cette matière, sont en partie fichés dans les parois de l'utérus, en partie saillants dans sa cavité. En les détachant de cette surface abstergée, on découvre aussitôt l'entrée des sinus utérins, c'est-à-dire un certain nombre d'orifices veineux, de grandeur variable, dont quelques-uns pourraient admettre l'extrémité du petit doigt, séparés les uns des autres par quelques bandes d'apparence musculaire, et situés au fond d'une petite dépression, dont l'entrée paraît bouchée par une valvule en demi-croissant.

« En soulevant cette lame membraneuse, qui n'est autre chose que la membrane interne de la veine taillée en biseau, on pénètre dans de grands canaux qui, après un trajet court et oblique, communiquent avec les innombrables veines qui serpentent dans les parois de l'utérus. Il suit de là que, après le décollement du placenta, de larges et nombreuses voies permettent à l'inflammation de s'étendre dans les veines utérines. Ces veines elles-mêmes présentent des conditions favorables à la propagation de l'inflammation; toutes ont un calibre considérable, et elles sont, d'ailleurs tellement nombreuses, qu'elles donnent au tissu de la matrice l'aspect d'un corps caverneux. Les plus volumineuses forment une chaîne

non interrompue qui couronne, pour ainsi dire, les bords de cet organe. Supérieurement deux branches principales détachées des veines ovariques suivent le contour du bas-fond où elles se réunissent en arcades, après avoir pénétré dans son épaisseur. Inférieurement des branches analogues fournies par les veines utérines hypogastriques forment, par leurs anastomoses, des anneaux complets autour du col. Latéralement plusieurs gros troncs veineux, provenant à la fois de l'ovarique et de l'hypogastrique, longent, entre les ligaments larges, les côtés de la matrice, quelques-uns étant situés dans l'épaisseur même de cet organe. De la concavité de ce grand cercle veineux, partent un grand nombre de rameaux qui, se rencontrant par angles ou par arcades anastomotiques, forment, dans les parois de l'utérus, une espèce de grillage vasculaire à mailles très-serrées. Toutes ces veines se dépouillent de leurs membranes externes, à mesure qu'elles s'enfoncent dans le tissu utérin qui adhère intimement à leur membrane propre; de là vient que leurs parois restent écartées après la section, comme celles du foie. Toutes sont dépourvues de valvules, et présentent intérieurement des rides abondantes, à mesure que la matrice revient sur elle-même. Les plus nombreuses occupent constamment le point de cet organe qui a servi d'insertion au placenta; celles-ci s'ouvrent directement dans les sinus utérins, et sont, par cette disposition, les plus exposées à l'inflammation, et ordinairement les premières, et quelquefois les seules qui en présentent des traces.

« Enfin, toutes les veines de la matrice se rendent dans quatre troncs principaux: celles du corps, dans les veines ovariques qui ont un volume en rapport avec le nombre des vaisseaux qu'elles reçoivent; celles du col, dans une branche moins considérable fournie par l'hypogastrique. Les premières reçoivent en outre un grand nombre de ramifications provenant, 1° des ovaires par un tronc spécial; 2° des ligaments ronds (dans l'épaisseur desquels on trouve trois à quatre veines qui se prolongent dans toute leur étendue); 3° des trompes et des ligaments larges (qui servent de passage à une foule de vaisseaux, dont un principal borde la trompe dans toute sa longueur, et envoie des veinules à la surface de son ligament). Or, comme toutes ces veines communiquent direc-

tement ou indirectement avec celles de la matrice, il n'est pas rare de voir l'inflammation se propager à toutes en même temps, remonter ensuite le long des veines ovariques, et s'étendre même à la veine cave inférieure au moyen de la veine ovarique droite, qui s'y abouche immédiatement, ou de la veine émulgente gauche, qui reçoit la veine ovarique du même côté. Plus rarement l'inflammation suit la direction des veines utérines fournies par l'hypogastrique. »

Les parois antérieures de l'abdomen, devenues extrêmement lâches, n'exercent plus sur les viscères et les vaisseaux contenus dans cette cavité la pression douce et continue à laquelle ils étaient soumis et qui est si favorable à l'exécution de leurs fonctions. La cessation de cette pression, naturellement plus forte dans les derniers temps de la grossesse qu'à aucune autre époque de la vie, a des effets d'autant plus sensibles, qu'elle s'est opérée brusquement. Le sang afflue alors avec rapidité dans le système capillaire et dans les veines, et s'y accumule; mais, d'un autre côté, l'utérus en reçoit beaucoup moins et il paraît que la cavité abdominale n'en reçoit pas davantage que pendant la grossesse. C'est cependant à cette espèce de dérivation que Van Swieten et d'autres pathologistes attribuent en grande partie les syncopes qui surviennent chez les nouvelles accouchées. Elles s'observent moins fréquemment que ces médecins ne le disent; et, quand elles arrivent, elles sont la suite d'une grande hémorragie interne ou externe, ou bien tiennent à l'hystérie. C'est à ce même changement que la gestation amène dans la circulation abdominale que Stoll et quelques autres observateurs attribuent surtout les péritonites qui sont si fréquentes chez les femmes en couches.

La rétraction lente et graduée de l'utérus s'opère quelquefois sans douleur et sans que l'accouchée en ait la conscience; mais plus souvent elle est douloureuse et se fait d'une manière intermittente. Les douleurs que les femmes ressentent alors ont beaucoup d'analogie avec celles du travail de l'enfantement; ce sont les tranchées utérines. Au sang pur qui s'écoule alors plus ou moins abondamment par la vulve, succède bientôt un sang mêlé à un liquide blanc qui finit par devenir séro-purulent; ce sont les lochies. Enfin, dans les premiers jours de la délivrance commence une

fonction nouvelle, qui peut être considérée comme le complément des phénomènes puerpéraux : c'est la *sécrétion laiteuse*, dont le début s'accompagne de phénomènes généraux qu'on a décrits sous le nom de fièvre de lait.

§ III. — *Des principaux phénomènes de l'état puerpéral.*

A. Des tranchées utérines.

Les coliques ou tranchées utérines sont évidemment dues à la contraction de l'utérus. Il suffit, pour se convaincre de la chose, de placer la main sur la région hypogastrique au moment où la femme se plaint le plus vivement : on sent alors que la matrice se durcit. Les tranchées sont beaucoup plus fréquentes et plus fortes chez les femmes qui ont eu plusieurs enfants que chez les primipares; il en est de même après un accouchement très-facile, et à la suite d'un accouchement long et pénible; cependant, dans ce dernier cas, elles sont souvent très-douloureuses, parce que l'utérus est endolori par suite de la fatigue extrême qu'il a éprouvée. Les tranchées sont également plus fréquentes et plus intenses quand l'utérus renferme un corps étranger, des caillots, une portion du délivre ou des membranes, que quand il est vide. Toutes ces différences seront facilement comprises, si on réfléchit que ces contractions ont pour but d'exprimer de l'épaisseur des parois utérines, les liquides dont elles sont engorgées après l'accouchement, et d'expulser de la matrice tous les corps étrangers qui y sont retenus; que dans les accouchements trop prompts, l'utérus, trop rapidement désempli, ne revient pas aussi complétement sur lui-même et permet au sang de se coaguler et de s'accumuler dans son intérieur; qu'enfin l'action, alors très-faible de la contractilité des tissus n'exprime que très-imparfaitement les fluides contenus dans l'épaisseur des parois.

Les tranchées commencent peu d'instants après la délivrance; d'abord faibles et rares, elles deviennent plus fréquentes et plus douloureuses. Au moment où elles ont lieu, le globe utérin se resserre, devient plus dur, plus résistant, quelquefois même il semble se soulever en prenant un point d'appui sur le plan postérieur de l'abdomen, et fait saillie sous la forme d'une

tumeur globuleuse à travers les parois abdominales. Ordinairement vers la fin ou à la suite de chaque douleur, l'écoulement des lochies est plus abondant; assez souvent il s'échappe par la vulve quelques petits caillots. Lorsque l'utérus contient un caillot volumineux, les tranchées deviennent de plus en plus vives jusqu'à ce qu'il soit expulsé, après quoi elles diminuent progressivement. Le plus souvent elles cessent pendant la fièvre de lait; cependant elles peuvent durer pendant les sept ou huit premiers jours. Quelquefois après avoir complétement cessé, elles se réveillent; elles sont alors suivies de l'écoulement d'un peu de sang par la vulve, ou de l'expulsion d'un caillot, ou d'une portion de membrane restée dans l'utérus; ensuite tout rentre dans l'ordre.

Les tranchées utérines se distinguent des autres douleurs, parce qu'elles reviennent à des intervalles assez longs et réguliers, que, pendant la douleur, le globe de l'utérus durcit, et qu'elles sont suivies de l'expulsion de quelques caillots ou d'une plus grande quantité de lochies. Lorsque l'enfant saisit le mamelon, la douleur qu'il y excite détermine souvent le développement d'une tranchée, et cette seule circonstance suffit pour les faire reparaître, même quand elles étaient suspendues depuis plusieurs heures; la douleur, qu'elles causent, est plutôt soulagée qu'augmentée par la pression; pendant leur durée, il y a absence de mouvement fébrile. Ces caractères différentiels ne sont pas toujours aussi tranchés; ainsi, quand les coliques sont très-vives et très-rapprochées, elles s'accompagnent de douleurs à l'hypogastre et de fièvre; il y a cependant toujours alors une rémittence qui, jointe à l'absence des autres signes de la péritonite, peut aider à distinguer leur nature.

Le docteur Dewez a observé plusieurs fois une douleur toute différente de celles causées par les tranchées utérines qui se manifeste presque immédiatement après la délivrance; elle a son siége à la partie inférieure du sacrum et du coccyx, est continue et très-intense. J'ai eu l'occasion d'observer une douleur semblable chez la femme A...., de P...., qui en a beaucoup souffert, bien que je n'aie rien reconnu, au toucher ni à la vue, qui parût appartenir à une lésion organique. Cette douleur siégeait à la partie inférieure du coccyx; elle a persisté longtemps après les couches; elle

la gênait beaucoup pour s'asseoir. Je l'ai attribuée à la pression, soit par la tête de l'enfant, soit par le forceps auquel on avait dû recourir, des nerfs sacrés antérieurs et de ceux qui terminent la queue de cheval. Elle s'est dissipée d'elle-même. Le docteur Dewez, en pareil cas, dit s'être bien trouvé de l'emploi du camphre uni à l'opium.

B. Des lochies.

Parmi les excrétions qui ont lieu à la suite de l'accouchement, les lochies sont certainement les plus intéressantes à étudier. On donne ce nom aux matières qui s'échappent de la vulve depuis le moment de la délivrance jusqu'à ce que la matrice ait repris son volume ordinaire et sa consistance normale. Elles ont lieu dans l'ordre suivant : immédiatement après la délivrance et l'issue du flot de sang qui l'accompagne, tout écoulement est suspendu, probablement parce que le sang qui transsude de la surface de l'utérus, s'accumule dans la cavité de cet organe; mais bientôt du sang pur commence à couler. Au bout de douze à quinze heures, ce sang perd de sa consistance, sa couleur devient moins foncée, et, après quelque temps, il ne s'écoule plus qu'une sérosité sanguinolente. Quarante-huit heures après l'accouchement, quand survient la fièvre de lait, l'écoulement des lochies est suspendu, quelquefois il est seulement diminué. Après la fièvre de lait elles reparaissent, sont d'un blanc jaunâtre et plus ou moins épaisses; elles contiennent encore çà et là quelques stries sanguinolentes ou sont un peu colorées en rouge par du sang, dont la quantité diminue à mesure qu'on s'éloigne du jour de l'accouchement; le plus ordinairement, vers le sixième jour, elles ne sont plus mêlées de sang. Elles continuent ainsi pendant quinze jours, trois semaines ou un mois; souvent elles durent six semaines, et chez les femmes qui n'allaitent pas, il arrive qu'elles ne cessent que quand les règles reparaissent, ce qu'on observe ordinairement six semaines à deux mois après l'accouchement.

Les lochies, suivant leur couleur, ont été distinguées en sanguinolentes, séreuses, laiteuses, puriformes ou purulentes. Ces dernières dénominations ont été données non-seulement en raison de la couleur des matières excrétées, mais encore par suite de l'idée qu'on s'est faite de leur

nature. Aussi les gardes-couches disent-elles que le lait coule par en bas, pour désigner les lochies du troisième temps. A mesure que l'utérus revient sur lui-même, ses parois se dégorgent des fluides dont elles étaient imbibées : ces fluides se portent vers sa cavité. Tant que les gros canaux utérins ne sont pas vides, ce n'est que du sang qui s'écoule ; plus tard c'est de la sérosité qui se mêle avec les détritus de l'œuf et les mucosités de l'organe; plus tard, enfin, il s'établit une véritable irritation suppuratoire, dont le produit constitue en grande partie les lochies blanches ou purulentes.

L'odeur des lochies est d'abord fade, c'est celle du sang lui-même; mais peu à peu elles prennent un caractère de fétidité particulière, que l'on retrouve toutes les fois que des caillots ou quelque autre substance se putréfie dans l'utérus ou le vagin, caractère qui est dû à la décomposition d'une portion de la membrane caduque ou de caillots. Dans ce dernier cas, les lochies prennent souvent une couleur noirâtre. Vers les derniers temps, leur odeur est uniquement celle de la mucosité qu'elles entraînent. C'est à l'odeur des lochies qu'on attribue celle des couches, *gravis odor puerperii,* odeur qui est plus ou moins forte, suivant qu'on entretient plus ou moins de propreté autour de la nouvelle accouchée, et d'après laquelle quelques personnes assurent pouvoir juger d'un accouchement précédent. Mais à l'odeur des lochies se joint aussi celle de la transpiration et du lait qui, en suintant des mamelons, imbibe le linge et s'y aigrit.

Lorsque les lochies deviennent fétides, et que cette fétidité n'est due ni à la malpropreté, ni aux causes précitées, lorsque l'écoulement a une odeur cadavéreuse et une couleur de café, c'est presque toujours l'indice d'une inflammation de la matrice ou du vagin qui s'est terminée par gangrène ou que des caillots ou quelque autre substance se putréfient dans l'utérus. Lorsque la femme est atteinte d'un carcinome de la matrice, les lochies ressemblent à de la lavure de chair et exhalent une très-mauvaise odeur. Dans tous ces cas, il faut pratiquer plusieurs fois par jour des injections aromatiques, telles qu'une infusion de fleurs de sureau et de camomille, ou simplement avec de l'eau tiède à laquelle on mêle un peu de chlorure de chaux liquide.

La quantité des lochies est très-variable. En général, pendant les premiers jours, les femmes salissent huit ou dix serviettes dans les vingt-quatre heures. Après la fièvre de lait, l'écoulement diminue de plus en plus. Leur quantité est, pour l'ordinaire, en proportion de celle de l'évacuation menstruelle. Elles sont, en général, plus abondantes chez les femmes qui ont eu plusieurs enfants, ou qui font usage d'un régime trop nourrissant ou trop échauffant, et chez celles qui n'allaitent pas. La quantité des lochies sanguinolentes, dans les premiers jours, varie encore beaucoup, suivant la force de rétraction dont étaient douées les parois utérines immédiatement après ou pendant la délivrance : ainsi, elles sont parfois très-abondantes et coïncident souvent alors avec un développement considérable de l'utérus. On a vu, dans ces cas, la matrice s'élever jusqu'en dessous de l'ombilic plusieurs jours encore après l'accouchement. Cet état, que Leroux appelle engorgement humoral, tient, suivant lui, à ce que les vaisseaux et porosités de la matrice, gorgés de sang, ne se vident pas assez vite, parce que la contractilité du tissu n'est pas assez énergique. Les parois de la matrice constituent une véritable éponge dont les mailles, formées de fibres musculaires, ont besoin de se rétracter fortement pour exprimer tous les liquides renfermés dans les vaisseaux et les vacuoles qu'elles forment. Si cette contraction n'est pas assez violente, les parois restent engorgées, conservent une épaisseur anormale qui augmente singulièrement le volume de l'utérus, bien que la cavité soit complétement effacée. Bientôt, cependant, l'action de la contractilité du tissu se réveille, et les fibres musculaires; en se contractant, compriment violemment les vaisseaux qui rampent entre elles, les aplatissent et forcent les liquides, qui ont jusqu'alors séjourné dans leur cavité, à s'épancher dans l'intérieur de l'utérus, d'où ils s'écoulent à l'extérieur en assez grande quantité. Il est possible de considérer alors cette augmentation dans l'écoulement des lochies comme une perte occasionnée par la rétention du délivre, ou tout au moins de caillots volumineux, d'autant mieux qu'il s'y joint parfois de fortes tranchées ; mais si l'on parvient à introduire un doigt dans l'utérus, on s'assure qu'il ne contient aucun corps étranger, et si en même temps on place l'autre main sur la paroi

hypogastrique, on reconnaît facilement que le volume de l'organe tient uniquement à l'engorgement de ses parois. Nous avons eu deux fois l'occasion de vérifier la justesse de ces principes. Dans ces cas, il n'y a rien à faire : l'écoulement sanguin est lui-même le meilleur remède; il dégorge peu à peu les parois utérines, diminue les tranchées, et la matrice reprend insensiblement son volume naturel. « L'absence des lochies, dit Désormaux, doit inspirer des craintes, car c'est le plus souvent à quelques maladies graves, déclarées ou imminentes, qu'on doit l'attribuer. » On conçoit très-bien que de cette paresse des fibres utérines, de ce défaut de ressort, comme le nommait Leroux, à l'inertie plus ou moins complète, il n'y a qu'un pas, et qu'une hémorragie pourrait bien être la conséquence de cette absence de contraction, si elle était portée jusqu'au relâchement.

Les lochies sanguinolentes se prolongent quelquefois bien au delà du terme ordinaire; elles reparaissent parfois à différents intervalles, ce qui tient ordinairement à quelque écart de régime, et en particulier à ce que les femmes se sont levées trop tôt. Le meilleur moyen est de leur faire garder le lit. Au bout de quelque temps, les lochies ne coulent plus continuellement : on observe d'abord des intervalles de plusieurs heures, puis d'un jour et quelquefois de deux. L'allaitement diminue la durée et la quantité des lochies. Certaines femmes n'en ont que pendant quelques heures (1), quelques-unes n'en ont pas du tout (2). A la maternité de Bruxelles, on a reçu une femme qui n'a jamais eu de règles et qui n'a point eu de lochies après son accouchement. Elle a mis au monde un enfant à terme, bien portant, et n'a ressenti, pendant son séjour, aucune indisposition (3); elles furent remplacées par une hématémèse chez une dame citée par M. Velpeau, et observée par M. Bruckmann.

La matière qui est excrétée après le sang, est regardée comme le produit d'une sécrétion de la membrane muqueuse de l'utérus, et on y reconnaît un mucus altéré, analogue à celui que l'on rencontre dans d'autres circonstances, mucus qui, en affluant dans la cavité utérine, achève de

(1) Van Swieten.

(2) Millot.

(3) Note de M. Van Huevel, page 506 de l'ouvrage de Cazeaux, édit. de Bruxelles.

détacher et entraîne avec lui les restes de la membrane caduque. Eichèle fait remarquer que l'utérus, outre ses autres fonctions, exerce aussi celle d'organe sécréteur, et qu'après avoir subi un si grand développement pendant la gestation, après que sa vitalité a été si notablement exaltée, il est dans les circonstances les plus propres à fournir une sécrétion abondante, et que ce n'est qu'au moyen de cette sécrétion qu'il peut revenir à son état ordinaire.

C. De la fièvre de lait et de la sécrétion laiteuse.

Un des phénomènes les plus importants parmi ceux qui appartiennent aux suites de couches est celui que l'on désigne sous le nom de fièvre de lait. Avant de nous occuper de celle-ci, nous allons d'abord dire un mot de la lactation.

La lactation est la fonction qui consiste dans la sécrétion et l'excrétion du lait. Elle n'a lieu qu'à une certaine époque de la vie et ne dure que pendant une certaine période de temps. C'est après l'accouchement qu'elle s'établit. Mais la glande mammaire, organe de la sécrétion du lait, commence à entrer en action, à se préparer, pour ainsi dire, dès le commencement de la grossesse. Alors cette glande se tuméfie, se gonfle, et quelquefois longtemps avant l'accouchement, elle devient le siége d'une sécrétion assez abondante. Après l'accouchement, les conduits lactifères laissent écouler, par l'effet de la succion, un liquide jaunâtre, sucré, que l'on appelle colostrum; ce liquide conserve ces qualités pendant vingt-quatre heures, après quoi il devient plus blanc. Pendant les deux jours qui suivent l'accouchement, la sécrétion du lait est peu abondante, et les mamelles n'augmentent pas notablement de volume; mais, généralement, au bout de quarante-huit heures, elles commencent à gonfler, à durcir d'une manière manifeste; le gonflement des veines cutanées augmente; la femme éprouve de légers frissons, auxquels succède bientôt une chaleur vive de la peau, avec sécheresse, qui, après quelques heures de durée, est suivie d'une diaphorèse abondante; la face devient rouge, animée; il y a de la céphalalgie, de la soif, de l'anorexie; la langue se couvre d'un enduit blanchâtre; l'écoulement des

lochies est suspendu ou considérablement diminué; le pouls s'accélère, et d'abord petit et serré, il devient bientôt large et souple. Cet appareil fébrile, qui est ordinairement assez léger, mais dont les symptômes peuvent acquérir, dans certains cas, beaucoup d'intensité, dure environ vingt-quatre heures. Le gonflement des mamelles augmente toujours de plus en plus et s'étend jusqu'au creux axillaire. Le tissu cellulaire environnant y participe, la femme ne peut alors rapprocher les bras du corps, elle les tient écartés. La tension de la peau est souvent douloureuse, gêne les mouvements du thorax et produit une dyspnée remarquable, à laquelle contribue aussi l'augmentation du poids des mamelles. Parmi les symptômes de cette fièvre, les sueurs sont le seul qui soit constant.

La durée de la fièvre de lait est de douze, vingt-quatre, trente-six, rarement quarante-huit heures, puis tout se calme; mais cette fièvre est sujette à bien des irrégularités; quelquefois elle se déclare au bout de vingt-quatre ou trente-six heures; d'autres fois seulement trois, quatre et même cinq jours après l'accouchement. On a vu la fièvre de lait se manifester à l'époque ordinaire, être modérée, se calmer, puis se réveiller, pour ainsi dire, avec plus d'intensité, après un intervalle d'un ou de deux jours, sans que, dans ce mouvement fébrile, on put reconnaître un état morbide différent dû à quelque cause étrangère à l'état physiologique de la femme. Souvent les symptômes de la fièvre de lait sont à peine sensibles, et se terminent dans l'espace de douze heures au plus; quelquefois, au contraire, cette fièvre dure trois et même quatre jours; dans ce cas, elle présente un redoublement chaque jour. Les causes de ces variations ne sont pas bien connues; cependant on remarque qu'en général les femmes, après un premier accouchement, ont moins de fièvre de lait que les autres; il en est de même des femmes qui donnent le sein peu après être accouchées; chez celles-ci, il n'est point rare de voir la fièvre de lait manquer totalement, surtout quand l'enfant est fort et consomme beaucoup de lait : enfin, il est des femmes, même parmi celles qui ne nourrissent pas, qui sont exemptes de la fièvre de lait; chez elles, les mamelles ne se tuméfient que très-peu, quelquefois pas du tout; il ne se fait pas de sécrétion laiteuse, il semble, comme le dit

Paul Dubois, que la nature ait laissé pour elles son œuvre incomplète; que, propres à devenir mères, propres pendant toute la grossesse à fournir à l'enfant les matériaux nécessaires à sa nutrition, leur organisation soit impuissante à fournir encore à leurs besoins après la naissance. Un fait curieux, rapporté par M. Van Huevel (1) est celui d'une dame, déjà mère de plusieurs enfants, qui fut atteinte de métro-péritonite le surlendemain de son accouchement, avant la sécrétion laiteuse. La maladie ayant cédé et récidivé trois fois à de courts intervalles, finit enfin par passer à l'état chronique qui fut suivi d'une ovarite du côté droit. La dame guérit au bout de quatre mois de traitement. Le troisième mois, elle ressentit une fièvre légère; les seins se gonflèrent spontanément; le lendemain, il s'en écoula du lait en abondance, d'abord jaunâtre, puis blanc, crêmeux et du meilleur aspect. On crut devoir entretenir la sécrétion au moyen de la succion artificielle, et ce n'est qu'après la guérison de la maladie et en supprimant la succion que les seins se tarirent.

L'intensité et la durée de la fièvre de lait paraissent dépendre souvent de l'idiosyncrasie du sujet, quelquefois aussi de l'influence de la constitution épidémique. On remarque avec raison que quand la fièvre de lait dure quelques jours, il est à craindre que les phénomènes fébriles ne soient produits par une inflammation ou une autre cause étrangère à l'état physiologique. Cela est surtout vrai quand cette fièvre se prolonge au delà des limites qui viennent de lui être assignées.

Lorsque, après la mort du fœtus survenant à une époque déjà avancée de la grossesse, l'expulsion du cadavre n'a lieu qu'après plusieurs jours, il est assez ordinaire de voir tous les phénomènes de la fièvre de lait se manifester.

Lorsque la fièvre de lait est terminée, les mamelles ont acquis le plus haut degré de distension; la sécrétion du lait est très-abondante. Si l'enfant tette, les mamelles se trouvent désemplies et la femme soulagée. Si la mère ne nourrit pas son enfant, l'engorgement des seins se prolonge plus longtemps; il se dissipe d'autant plus promptement qu'il était moins

(1) Note à l'ouvrage de Cazeaux, p. 507.

considérable, que le lait s'écoule plus facilement par le mamelon, que les sueurs et les lochies sont plus abondantes.

Lorsque, pour une cause quelconque, soit faiblesse de constitution, soit disposition aux maladies de poitrine, soit maladies, soit par suite de la mort de l'enfant ou pour cause de difformités qui le rendent incapable d'exercer la succion, la mère ne peut allaiter, et lorsque la constitution médicale régnante ne dispose pas aux maladies puerpérales, et que la femme est exempte de toute espèce d'affection, les praticiens ont pour habitude d'employer diverses méthodes de traitement pour faire disparaître le lait. La suivante nous a paru la préférable, car nous l'avons toujours employée avec succès : nous soumettons la femme à un régime et à l'usage des boissons antiphlogistiques; nous lui recommandons bien de ne pas faire tirer ses seins. Lorsque l'engorgement mammaire devient fort, que les seins sont volumineux, durs, chauds, rouges, pesants, légèrement douloureux et sensibles à la pression, nous les faisons recouvrir de cataplasmes de riz cuit dans une décoction de guimauve : au bout de deux, trois ou quatre jours, l'engorgement mammaire et tous ses symptômes diminuent; le lait va aussi en diminuant, et au bout de huit ou dix jours sa sécrétion est tarie. Nous avons reconnu que dans ce cas, les lochies devenaient plus abondantes et semblaient ainsi remplacer la sécrétion laiteuse qui allait en s'éteignant. Lorsque, sans succion ni naturelle ni artificielle, le lait s'écoule spontanément des mamelons, les moyens précédents procurent les mêmes résultats, mais plus lentement. Quand, au contraire, on désemplit et dégorge les seins par la succion, la fonction mammaire s'établit et elle reste beaucoup plus longtemps à tarir; pour y parvenir on éprouve beaucoup plus de difficulté, et la femme court bien plus de danger; c'est alors que, souvent, nous avons vu se déclarer des mastites avec abcès et autres inflammations de ces organes. Alors, en effet, les transpirations cutanées n'existent plus: la sécrétion lochiale est tarie ou presque nulle; il n'en existe pas d'autres qui puissent suppléer à la sécrétion laiteuse, à laquelle l'économie s'est habituée. Mais s'il existait des épidémies de métrite ou de métro-péritonite, etc.; si la constitution médicale régnante disposait à l'une ou l'autre des affections puerpérales, alors nous conseillerions de provoquer la

sécrétion laiteuse, de l'entretenir longtemps par les moyens que la nature et l'art mettent à notre disposition; car la conservation, dans le sang, des matériaux du lait, la disparition de la sécrétion laiteuse commencée, ne peuvent que favoriser l'action des causes morbides, épidémiques et autres, ajouter à la gravité de ces maladies et à leur terminaison fâcheuse : en effet, dans cette circonstance, les inflammations qui viennent à se déclarer, se montrent sous forme plus aiguë et plus grave et ont une tendance évidente à se terminer par suppuration.

La cause de la fièvre de lait a aussi exercé la sagacité des médecins. Les uns ont supposé que le lait se portait à l'utérus pendant la gestation pour fournir à l'alimentation du fœtus, et qu'après l'accouchement, il refluait dans le sang et se portait aux mamelles : la fièvre de lait, suivant eux, est le produit de ce mouvement. Selon Astruc, c'est la présence du lait (qu'il croit acide) dans le sang, qui cause la fièvre. D'autres la regardent comme une crise suscitée par la nature, soit pour éliminer le lait en le portant aux mamelles, soit pour faire cesser la pléthore qui résulte de la cessation de la grossesse. D'après Monteggia, dont l'opinion a été adoptée par quelques pathologistes, la fièvre de lait est une fièvre inflammatoire produite par la distension excessive des mamelles. Levret considère la fièvre de lait comme un état physiologique, comme l'effet de l'excitation produite dans l'économie par le travail de la sécrétion du lait, qui commence alors à se faire d'une manière plus active. « On a beaucoup discuté, dit Cazeaux (1), pour connaître la cause de la fièvre de lait. Sans entrer dans toutes ces discussions, nous ferons remarquer que, probablement, le mouvement fébrile est une conséquence nécessaire de l'activité plus grande que prennent alors les mamelles, et qu'un phénomène analogue a lieu toutes les fois qu'un organe quelconque prend un développement très-considérable et très-rapide. »

Une fois que la sécrétion du lait est établie, elle se fait ensuite d'une manière continue, comme le prouve le gonflement lent et gradué des mamelles dans les intervalles que laisse l'allaitement; mais diverses

(1) Ouvrage cité, page 307.

circonstances lui impriment une plus grande activité, et alors elle s'accompagne de phénomènes particuliers. Les femmes éprouvent une certaine tension des mamelles, un sentiment de fourmillement, de picotement, d'élancements dans ces organes, celui d'un mouvement d'ascension qui s'étend progressivement de la région hypogastrique aux mamelles; elles disent alors que le lait monte, et cette montée du lait est quelquefois si abondante, que ce fluide se fait jour à travers les conduits lactifères et est dardé avec force à une distance assez considérable. Cette montée du lait a lieu ordinairement quand l'enfant commence à teter; quelquefois il suffit, pour la déterminer, que la bouche de l'enfant s'approche du mamelon et lui fasse sentir sa douce chaleur. Il suffit quelquefois que la femme voie un enfant, ou même qu'elle pense à son nourrisson, pour qu'immédiatement elle sente le lait monter, ce qui arrive parfois sans cause appréciable. L'activité plus grande imprimée à la sécrétion du lait, influe d'une manière marquée sur les qualités de ce fluide qui devient alors plus consistant et plus crêmeux.

La durée de la lactation varie beaucoup. Il est des femmes chez qui elle paraît pouvoir se prolonger indéfiniment, tant qu'elles présentent le sein à un enfant. Il est des nourrices qui ont pu allaiter trois enfants successivement. Il est des exemples de femmes qui ont allaité leurs enfants pendant quatre ans et quatre ans et demi. Désormaux cite des cas où des femmes auraient nourri pendant cinq et sept ans sans interruption. On a vu un assez grand nombre de femmes chez qui la sécrétion du lait s'établissait régulièrement après l'accouchement, puis allait bientôt en diminuant progressivement, quelque chose que l'on fit pour s'opposer à cette diminution, et se tarissait enfin complétement après six semaines, deux ou trois mois. Entre ces deux extrêmes on observe tous les degrés intermédiaires, mais on manque de données suffisantes pour établir un terme moyen de durée.

La quantité du lait sécrété présente aussi beaucoup de variations; il est des femmes qui n'en ont pas assez pour nourrir leur enfant, il en est qui en ont trop. On observe aussi chez la même femme beaucoup de variations dans la quantité, les qualités physiques et chimiques du lait,

suivant diverses circonstances. En dessous de dix-huit ans comme après quarante, les femmes ont moins de lait et un lait de moindre qualité. Il est moins abondant après le premier accouchement qu'après les suivants. Cependant il est des femmes chez qui le lait diminue de quantité à chaque accouchement, et qui finissent par ne plus pouvoir nourrir, comme si les mamelles qui ordinairement se fortifient et se développent par la répétition de leur action, s'épuisaient au contraire et s'atrophiaient par l'effet de la même cause. Ceci arrive surtout chez les femmes qui ont ces glandes peu développées. On croit généralement que les femmes d'un tempérament lymphatique ont un lait abondant, mais plus séreux et moins nourrissant. D'après les tableaux de Boissou (1), le lait augmenterait de qualité jusque vers le douzième mois après l'accouchement et deviendrait ensuite plus séreux. Une foule d'observations journalières montrent que l'odeur, la saveur et même la couleur de certaines substances se communiquent au lait, et que certains médicaments lui donnent leur propriété. Il n'est pas de praticien qui n'ait vu la sécrétion du lait diminuée, suspendue, tarie même complétement à la suite d'un violent chagrin, d'une frayeur, d'un accès de colère : dans ces cas, les propriétés du lait sont aussi fort altérées. L'enfant qui tette ce lait, est agité, privé de sommeil, affecté de coliques, de diarrhée; il en est même qui sont pris de convulsions.

Les maladies n'ont pas une action moins vive et moins bien constatée sur la sécrétion du lait : comme toutes les autres sécrétions, elle est suspendue pendant le frisson et la chaleur fébriles : une inflammation, une irritation vive dans un organe, un flux considérable, la diminuent ou la font cesser. La menstruation qui survient pendant la lactation diminue ordinairement la quantité du lait, qui, en même temps, devient plus séreux. La grossesse fait souvent cesser la sécrétion du lait; plus souvent elle la diminue et en altère le produit, de sorte que l'enfant refuse de teter, ou éprouve de mauvais effets du lait qu'il prend : dans cet état, cependant, il arrive que le lait conserve ses qualités. Van Swieten dit avoir vu une femme qui, pendant les premières années de l'enfantement, présentait le sein à un

(1) Mémoires de la Société royale de médecine.

enfant d'un an et l'avertissait en souriant de renoncer au teton qui allait bientôt servir au nouveau-né. Cancerarius cite une femme de Tubingue qui allaitait son enfant et était réglée quoiqu'elle fut enceinte.

La glande mammaire est l'organe sécréteur du lait, et le produit de la sécrétion est en rapport avec le développement de cette glande. Le mécanisme de cette sécrétion, de même que celui de toutes les autres glandes, est encore inconnu: à cet égard, on a créé diverses hypothèses, telle est celle de Mauriceau qui, du canal thoracique fait arriver le chyle dans les mamelles, où il constituerait le lait. Ces théories sont rejetées, et aujourd'hui les physiologistes s'accordent à dire que les matériaux de la sécrétion de ce liquide sont fournis par le sang à la glande mammaire, qui les élabore, les digère pour ainsi dire, de manière à en constituer le lait.

Les matériaux du lait sont donc apportés à l'organe par les artères mammaires; ils y sont élaborés dans le tissu de la glande, et le nouveau fluide qui en résulte est absorbé par les radicules des vaisseaux lactifères et conduit vers le mamelon pour y être transmis, par l'allaitement, à un autre individu, au moyen des conduits galactophores.

Avant d'être évacué, le lait séjourne pendant quelque temps dans ses conduits: il s'y accumule et les distend de manière à en faire une espèce de réservoir qui en fournit ainsi une plus grande quantité à la fois. Généralement ce liquide a besoin, pour être évacué, d'une action mécanique extérieure: bien des fois, cependant, il coule spontanément et mouille le linge, surtout chez les nouvelles accouchées. Il arrive souvent qu'il coule abondamment d'un sein pendant que l'autre est livré à la succion de l'enfant.

Les mamelles commencent à entrer en action dès les premiers temps de la grossesse; mais ce n'est qu'après l'accouchement que la sécrétion du lait s'établit complétement et d'une manière régulière. On pense que le stimulus propagé sympatiquement de l'utérus aux mamelles est la cause qui réveille l'action de ces organes; la preuve en est dans l'augmentation de volume et de sensibilité qui se manifeste dans ces glandes aux approches et pendant les premiers moments des règles, et disparaît avec la cessation de la fonction menstruelle. On a cru qu'après l'accouchement le sang qui,

pendant la gestation s'était porté à l'utérus, pour servir à la nutrition du fœtus, devenu alors inutile et repoussé par l'état de contraction de cet organe, refluait vers la glande mammaire et devenait la source du lait. On a même cru trouver la route qu'il suivait par l'anastomose de l'artère épigastrique avec la mammaire interne, et le sentiment d'ascension que les femmes éprouvent lors de la montée du lait a paru la démonstration de ce mouvement du sang. C'est bien plutôt l'indication des rapports sympathiques qui a existé lors de la gestation entre les divers organes reproducteurs de la femme; on est d'accord aujourd'hui que le consensus sympathique qui lie si étroitement l'utérus et les mamelles, est la cause excitante naturelle de la sécrétion du lait, que la succion de l'enfant entretient, aide et prolonge.

A mesure que le lait est sécrété, il s'amasse dans les conduits lactifères, dont il distend bientôt toutes les divisions: la mamelle est alors gonflée et tendue; les différents lobes de la glande mammaire se durcissent et deviennent sensibles au toucher; la bouche de l'enfant, appliquée au mamelon, en détermine l'érection; les conduits lactifères qui le traversent, se redressent, deviennent plus facilement perméables et versent le lait dans la bouche de l'enfant par l'effet d'une légère succion. Les vaisseaux lactifères ont aussi une action propre, une contractilité, à l'aide de laquelle ils expulsent le liquide qu'ils contiennent. L'excrétion du lait se fait aussi quelquefois d'une manière passive: ce liquide s'écoule alors sans effort et continuellement des orifices des conduits lactifères, quand ceux-ci sont trop distendus, ce qui toutefois n'a lieu sans une disposition particulière de ces conduits et une diminution dans la consistance du lait.

Une remarque importante à faire, c'est que la sécrétion laiteuse est temporaire et périodique. Elle est temporaire, puisqu'elle commence dans la jeunesse et cesse dans l'âge mûr, sans qu'on l'observe jamais dans l'enfance ni dans la vieillesse; elle est périodique, puisqu'elle n'a lieu qu'après un accouchement, et se renouvelle après chaque parturition. Tout à fait dépendante de circonstances fortuites et spéciales, cette fonction est donc nulle pendant une grande partie de la vie; elle l'est pendant la vie toute entière, si la femme ne devient pas mère. Ces conditions ne sont pas tellement rigoureuses, cependant, qu'on ne puisse voir, dans des cas rares, de jeunes

filles avoir du lait, au point de pouvoir allaiter. Telle est l'histoire de cette jeune romaine qui, en l'allaitant, sauva son père condamné à mourir de faim.

Les usages du lait sont bien connus; il est le premier aliment de l'enfance: c'est à cause de la faiblesse de l'appareil digestif, à cet âge, que la nature lui a préparé une nourriture presque digérée, et qui n'a, pour ainsi dire, besoin que d'être absorbée pour être du chyle.

D. Sueurs puerpérales.

L'augmentation de la perspiration cutanée est un phénomène assez commun et assez important de l'époque des couches, pour être comprise dans la description des principaux caractères de l'état puerpéral. La peau, sèche d'abord, ne tarde pas à se couvrir d'une douce moiteur, qui se change facilement en une sueur abondante; cette sueur a une odeur particulière, aigre. Elle excite souvent, en traversant la peau, un sentiment de picotement; et, lorsque cette sueur est augmentée par quelque circonstance, il est commun de voir apparaître une éruption miliaire. « On peut le plus souvent, dit Désormaux, faire naître cette éruption à volonté, soit sur toute la surface du corps, soit sur une partie seulement, en accumulant des couvertures; aussi, doit-on la regarder, non comme le résultat d'un travail dépuratoire, mais comme l'effet local de la sueur. J'ai, ajoute-t-il, toujours cherché à éviter des sueurs trop copieuses, et je n'ai vu que rarement de ces éruptions; à l'exemple des meilleurs praticiens, je n'ai jamais hésité à les faire disparaître, en diminuant les sueurs avec les précautions convenables; non-seulement il n'en est résulté aucun mal, mais même les femmes en ont éprouvé un grand soulagement. »

Longtemps on a cru que cette transpiration était destinée à évacuer le lait, qui, sécrété dans les mamelles, ne reçoit pas sa destination naturelle pour la nourriture de l'enfant, ou au moins les matériaux qui devaient servir à sa formation. L'abondance de cette transpiration, son odeur particulière, ce sentiment de picotement qu'elle excite, cette disposition aux éruptions miliaires semblaient donner du poids à cette opinion: on a rejeté cette idée

comme tenant trop à une physiologie humorale. Cependant si, jusqu'aujourd'hui, il n'est pas clairement démontré que le lait en nature et avec toutes ses qualités physiques et chimiques puisse être résorbé lorsque, sécrété dans la mamelle, il ne trouve pas son écoulement par ses conduits excréteurs, au moins il est probable que l'augmentation de la transpiration, qui se continue pendant longtemps après l'accouchement, tandis que les autres sécrétions ne subissent aucun changement, concourt à éliminer le superflu des matériaux qui devaient servir à la formation du lait. N'est-ce pas encore par cette voie d'élimination, par ce puissant émonctoire naturel, que sont rejetées, du moins en partie, au dehors de l'économie, ces nombreuses molécules qui ont servi à l'accroissement et au développement de l'utérus et de ses annexes pendant la gestation, et qui, durant l'état puerpéral, sont devenus superflus et hétérogènes? Il nous semble que la chose n'est pas douteuse. « On pensait aussi, dit Désormaux, que l'abondance de la transpiration servait à débarrasser le sang de la sérosité surabondante qui s'y est mêlée dans les derniers mois de la grossesse; ce dernier point n'a pas été contesté. » On n'avait garde de le faire avant les recherches voulues sur la composition du fluide sanguin pendant la grossesse et l'état puerpéral; mais, aujourd'hui, que les analyses chimiques du sang pendant ces deux périodes, surtout pendant la première, nous ont prouvé 1° qu'alors le sérum du sang est moins abondant qu'en d'autres circonstances; 2° que la disposition aux épanchements aqueux qui se remarque chez les femmes grosses, est plutôt liée à une diminution du chiffre de l'albumine du sérum qu'à une augmentation du sérum lui-même, non-seulement nous contestons, mais nous rejetons cette hypothèse comme contraire aux faits et à la théorie.

§ IV. *Composition élémentaire du sang de la femme à l'état puerpéral.*

Le sang, dit Désormaux (1), après l'accouchement, conserve encore pendant quelque temps les qualités que lui a imprimées l'état de la grossesse;

(1) *Dict. de médec.*; tome VI, page 113.

aussi, celui qui s'écoule à l'instant de la délivrance, ou peu après, forme-t-il un caillot ferme et tenace. » Plus loin (1), le même auteur s'exprime ainsi, à propos des sueurs puerpérales: « On pensait aussi qu'elles servaient à débarrasser le sang de la sérosité surabondante qui s'y est mêlée dans les derniers mois de la grossesse. » Ce peu de mots d'un gynécologue de premier mérite sur la composition du sang à l'état puerpéral, prouve que jusqu'alors la science était non-seulement à faire sur ce sujet, mais que les praticiens se formaient des idées fausses sur les véritables modifications que ce fluide éprouve pendant l'état de couches.

Depuis lors, de nombreuses recherches, faites par des hommes habiles, sont venues nous révéler les propriétés physiques et chimiques du sang à l'état physiologique, non-seulement dans l'espèce humaine, mais encore dans plusieurs classes d'animaux, et dans une même espèce l'on a recherché les modifications qu'il peut éprouver sous l'influence de diverses conditions physiologiques de l'enfance, de l'âge adulte, de la vieillesse, de la grossesse, etc. On est encore éloigné d'avoir des données positives sur l'influence réelle de chacune de ces conditions; en effet, on a fait peu de chose pour connaître l'état du sang de la femme pendant l'allaitement et la ménopause; nous pourrions ajouter, pendant la grossesse et le travail; on le sait, ce n'est que sur trente-quatre analyses, qu'Andral et Gavarret ont établi leurs opinions sur l'état du sang des femmes pendant la gestation; il est vrai qu'ils ont joint à ces trente-quatre faits un nombre beaucoup plus considérable d'analyses faites sur le sang de diverses espèces d'animaux, tels que chevaux, vaches, chèvres, brebis, etc., en état de grossesse; mais, selon nous, il n'est guère possible de rester dans le vrai en prenant pour terme de comparaison des sujets si variables, si différents sous le rapport de la composition normale de leur sang, de celle que ce fluide possède pendant et après la gestation; car, non-seulement les règles hygiéniques auxquelles ils sont soumis, mais encore la variété d'influence exercée sur ce fluide par la grossesse doivent nécessairement entraîner une variation relative dans les éléments constituants de cette humeur. Fort de

(1) Page 114.

cette conviction, nous avons, pour les états de ménopause, d'allaitement, de grossesse, ainsi que pour le temps du travail, recherché quelle était la composition du sang de la femme, et du résultat de nos analyses, que nous aurions désiré être plus nombreuses, nous avons tiré quelques enseignements utiles.

C'est particulièrement sur la composition élémentaire du sang de la femme pendant l'état puerpéral que la science est pauvre de faits, et par conséquent incertaine dans ses principes. Andral, Gavarret et Delafond ont bien fait quelques études sur les propriétés chimiques du sang de certains animaux avant et après leur mise bas; mais ils ne citent aucune expérience faite dans le but de connaître l'état du même fluide chez la femme puerpérale: ces auteurs, s'appuyant sur les données qu'ils ont obtenues chez les animaux avant et après leur mise bas, se bornent à dire que le sang de la femme en couches doit subir les mêmes modifications. Nous les avions d'abord crus sur parole; mais un instant de réflexion a bientôt porté le doute dans notre esprit et nous a décidé à tenter sur le sang même de la femme à l'état puerpéral, des recherches propres à éclairer ce sujet. Nous nous sommes dit : si, par cela seul qu'un animal appartient à telle ou telle classe, son sang offre telles ou telles qualités chimiques; si l'hygiène variable, à laquelle les animaux sont soumis, contribue à faire varier ces qualités; si celles-ci sont diversement influencées par la grossesse, comment espérer que, dans l'état puerpéral, les données qui en résulteront pourront offrir assez d'analogie avec le sang de la femme pour pouvoir s'en servir comme point de comparaison? D'autres motifs sont venus fortifier notre manière de voir : le premier, c'est que chez la femme, le travail de l'accouchement est généralement très-douloureux et plus ou moins laborieux, tandis que chez les animaux c'est ordinairement le contraire qui a lieu; le deuxième, c'est que chez la femme, la délivrance est accompagnée d'un flot de sang souvent considérable et à même d'apporter dans les propriétés chimiques de ce fluide des modifications importantes, tandis que, chez les animaux, ou bien ce flot de sang manque, ou bien il est presque nul. Ce que ces circonstances nous avaient fait pressentir, nous l'avons vérifié par des faits. Ainsi, le

lecteur ne devra pas s'étonner s'il rencontre entre les déductions que nous tirerons de ces faits et les principes émis par les hématologistes précités, des différences plus ou moins tranchées, des variations plus ou moins importantes.

« Chez l'espèce ovine et bovine, disent ces auteurs, pendant les derniers temps de la gestation, la fibrine s'abaisse au-dessous de sa moyenne; peu après la mise bas, et pendant la durée des accidents qui caractérisent la fièvre de lait, le chiffre de la fibrine s'élève, il atteint ou dépasse même un peu la limite supérieure de l'état physiologique. Le degré de cette élévation a été en rapport avec l'intensité des accidents puerpéraux. Pendant les derniers temps de la gestation, les globules ont diminué; ils ont augmenté pendant la parturition et pendant la durée de la fièvre de lait; la masse des matériaux solides du sérum, marchant en sens inverse de la fibrine et des globules, a subi, après la mise bas, une diminution de quantité (1). »

« Peut-on, disent encore les mêmes auteurs (2), saisir quelques modifications dans le sang de l'animal de race ovine ou bovine qui vient de mettre bas? Pour résoudre cette question, nous avons saigné quatre brebis de race mérine; une première fois, pendant les derniers jours de la gestation, et une deuxième fois de deux à trois jours après la mise bas, pendant la durée de la fièvre de lait. Chez ces quatre animaux, nous avons vu invariablement la fibrine et les globules augmenter de quantité après la mise bas. Chez tous, au contraire, pendant les derniers temps de la gestation, la fibrine et les globules s'étaient abaissés au-dessous de leur moyenne physiologique. Mêmes résultats chez les vaches; ici même, après la parturition le chiffre de la fibrine fut plus considérable que chez les brebis.

« Comment ne ferions-nous pas remarquer ici le rapport de cette modification subite du sang à la suite de la mise bas, avec la nature des accidents qui surviennent si souvent alors, et que les médecins désignent sous le nom

(1) *Recherches sur la composition du sang de quelques animaux domestiques, dans les états de santé et de maladie*, par MM. Andral, Gavarret et Delafond, page 24. — (2) Page 13.

d'accidents puerpéraux ; nous avons encore besoin de faire observer que si, en pareil cas, l'élévation de la fibrine est plus grande chez les vaches que chez les brebis, ce résultat est parfaitement d'accord avec l'intensité des phénomènes puerpéraux, très-marqués chez les premiers de ces animaux, et à peine appréciables chez les derniers. »

Les résultats obtenus par ces auteurs sur la composition élémentaire du sang vers la fin de la gestation, chez certains animaux domestiques, n'est pas en rapport avec les chiffres obtenus par Andral et Gavarret sur la fin de la grossesse chez les femmes. « La fibrine, dit Andral (1), atteint ainsi son maximum au moment où l'accouchement arrive, et on peut présumer que ce maximum se soutient, si même il n'augmente pas, pendant les premiers temps qui suivent l'expulsion du fœtus. Cette présomption me semble trouver appui dans les résultats que j'ai obtenus avec MM. Gavarret et Delafond en analysant le sang de brebis et de vaches d'abord pendant la gestation, puis après la mise bas. Après la mise bas, en effet, le sang de ces animaux nous a offert sensiblement plus de fibrine qu'auparavant. »

Il est une chose à laquelle il faut prêter toute son attention, si, dans ce genre de recherches on veut obtenir des chiffres exacts, des données justes, des points de comparaison exacts, des conséquences et des déductions valides; c'est de n'opérer que sur du sang physiologique, sur du sang provenant de femmes en couches, exemptes de l'une ou de l'autre de ces nombreuses maladies auxquelles dispose l'état puerpéral; c'est ainsi que, dans cet état, on obtiendra la véritable composition du sang, que l'on peut considérer comme un de ses caractères essentiels, exerçant sur la nature et la thérapeutique des affections puerpérales la plus grande influence. Si l'on opérait sur le sang d'une femme atteinte de maladie puerpérale, surtout d'inflammation aiguë, qui est alors l'affection la plus commune, il résulterait de cette phlegmasie une augmentation du chiffre de la fibrine, augmentation qui tromperait le chiffre réel de l'état physiologique, qui fausserait les termes de comparaison et les conséquences physiologiques et pathologiques que l'on pourrait en déduire: on ne pourrait conclure de semblables ana-

(1) *Essai d'hématologie pathologique*, page 103.

lyses que l'augmentation du chiffre de la fibrine du sang soit un des caractères de l'état puerpéral de la femme, puisque cette augmentation existe dans toute inflammation aiguë, quelle que soit l'époque de la vie où elle se manifeste et les conditions dans lesquelles se trouvent les malades. Mais le difficile est de se procurer chez les femmes en couches un sang physiologique, un sang qui ne soit influencé par aucune des maladies de cette époque; car, il faut bien le dire, il n'est pas très-commun de voir les suites des couches se passer sans maladies plus ou moins fortes et plus ou moins durables; de plus, n'est-il pas alors certains états qui, sans être pathologiques, s'en rapprochent au point d'exercer sur la composition élémentaire du sang une action plus ou moins prononcée, comme il arrive si souvent à la suite d'accouchements laborieux? Dans toutes les analyses que nous avons opérées, nous avons fait tous nos efforts pour écarter ces causes d'erreur. Ce n'est pas non plus toujours chose facile que d'obtenir d'une femme qui vient de s'accoucher ou qui est en couches de quelques jours, qu'une saignée lui soit pratiquée sans qu'il y ait maladie, et alors que les suites des couches marchent bien et régulièrement. J'en ai souvent rencontrées qui s'y refusaient obstinément; d'autres fois, je n'ai obtenu leur assentiment qu'en les trompant, qu'en leur faisant entrevoir la nécessité de la phlébotomie comme moyen préservatif de telle ou telle maladie à laquelle elles auraient été disposées. Agir ainsi n'est guère en rapport avec les règles de la médecine et les lois de la conscience; cependant nous avons dû le faire dans l'intérêt de la vérité scientifique que nous cherchions : sinon, notre tâche eut été inachevée et le but que nous nous étions proposé d'atteindre, éloigné. Là ne se bornaient pas les difficultés et les inconvénients que nous avions à vaincre; en effet, nous devions craindre l'influence fâcheuse des saignées sur la marche physiologique de l'état puerpéral. Car, s'il est vrai qu'alors, en général, une saignée modérée n'entrave pas la marche de la nature vers le bien, il est également vrai de dire que, dans certains cas, qu'il n'est pas donné de prévoir, les choses ne se passent pas aussi heureusement; ainsi, nous avons saigné une femme en couches depuis cinq jours, bien portante, et chez laquelle l'état puerpéral marchait vers un prompt rétablissement; la saignée a bouleversé cet état de bien; elle

a été l'occasion d'une suppression des lochies, de maux de tête, d'anorexie et d'accablement, et ce n'est qu'au bout de deux jours, lorsque l'écoulement lochial avait reparu, que cet état d'indisposition a cessé. Quelle responsabilité pèserait sur le médecin qui, en cas pareil, serait cause de maladie! Les désagréments auxquels il serait exposé, les reproches qu'il aurait à se faire, les charges qui pèseraient sur sa conscience, sa réputation compromise, seraient loin de compenser le bien qu'il aurait pu faire à la science. Tels sont les motifs qui m'ont quelque temps arrêté dès le début de mon entreprise et qui ne m'ont permis de marcher qu'en acceptant les raisonnements de Lisfranc sur l'action de la phlébotomie. D'abord, il convient que la saignée soit pratiquée au bras plutôt qu'au pied, à cause des affections auxquelles l'état puerpéral prédispose les extrémités inférieures, accidents qu'une saignée du pied pourrait bien faire développer. Pour pratiquer au bras une saignée qui n'ait aucune influence sur l'écoulement lochial, il faut la faire sur une femme assez forte et qui n'a pas perdu trop de sang; il faut que cette saignée ne soit pas révulsive, c'est-à-dire qu'elle soit au moins de sept à huit onces; alors elle n'a pas la propriété de dériver ni de diminuer les lochies; elle ne peut guère être nuisible, et si elle l'est, elle ne produira que quelques dérangements, un état passager d'indisposition.

Il résulte des analyses très-nombreuses que nous avons faites du sang aux diverses époques de la grossesse, analyses à l'exactitude desquelles on peut se fier, mais dont nous croyons inutile de consigner ici les détails :

1° que les moyennes du sérum, de l'eau et de la fibrine du sang de la femme en couches, sont plus élevées qu'en aucune autre circonstance physiologique; 2° que toujours, au contraire, la moyenne des globules est moindre; 3° que celle des matériaux solides est inférieure à celle des mêmes éléments du sang de la femme en vacuité et en travail, et qu'elle est à peu près semblable à celle de l'état de gestation; 4° que la moyenne de l'albumine présente à peu près les mêmes différences que celle des matériaux solides.

Un point fort important et en même temps encore fort obscur de l'état

humoral de la femme en couches, c'est l'application des données qui précèdent aux phénomènes anatomiques, physiologiques et pathologiques qui caractérisent cette période. Il faut bien remarquer que l'élévation ou la diminution de certains chiffres des éléments constituants du sang n'est pas le résultat d'un écart de la nature, comme elle n'est pas non plus une création inutile. Ce nouvel état de choses, cette modification dans la composition du sang est inhérente et nécessaire aux diverses circonstances dans lesquelles se trouve passagèrement l'économie; elle ne se manifeste qu'avec elles, disparaît avec elles, et Baudelocque a touché du doigt, nous semble-t-il, une grande vérité, lorsqu'il dit : « Il est tout naturel de croire qu'un phénomène constant, qu'un phénomène lié à l'accomplissement d'une fonction, soit tout en faveur de l'exécution de cette fonction, en faveur, par conséquent, de la femme et de l'enfant. Ce serait accuser gratuitement la nature, méconnaître sa tendance conservatrice, que de croire qu'elle ait attaché à l'accomplissement de l'un de ses actes les plus importants un danger inhérent à l'essence même de cet acte. Tout au plus me paraît-il permis d'admettre que du changement opéré dans les humeurs il peut résulter des modifications légères dans les maladies qui accompagnent ou suivent la grossesse et l'accouchement, comme, par exemple, un épanchement plus abondant, plus floconeux, dans les inflammations des membranes séreuses, des évacuations critiques plus copieuses (1). »

Nous allons examiner les principaux éléments du sang, le sérum, les globules, la fibrine et l'albumine, 1° quant aux causes qui, dans l'état puerpéral, font varier leurs chiffres ; 2° quant aux effets physiologiques que cette variation peut déterminer; 3° enfin, quant à l'influence pathologique qu'elle peut exercer.

A. Sérum et eau de sérum.

Nous avons constaté par l'examen comparatif des moyennes du sérum chez les femmes en vacuité, en gestation et en couches auquel nous nous sommes livré, que le chiffre de cet élément du sang offrait

(1) *Traité de la péritonité puerpérale*, pages 7 et 8.

son plus haut degré d'élévation dans l'état puerpéral. Quelle est alors la cause de l'élévation de ce chiffre, ou, en d'autres termes, quelle est la cause qui, chez la femme en couches, rend le sang hydroémique? Les causes sont ici prédisposantes et occasionnelles. Dans le cours de la grossesse, nous avons trouvé que, pendant les trois premiers mois, la moyenne du sérum est de 860; que, pendant les trois mois suivants, elle est de 852; qu'enfin, pendant les trois derniers mois, elle est de 875. Or, il y a donc augmentation du chiffre de cet élément, par le fait seul de la gestation, et cette augmentation dispose à l'élévation du chiffre du sérum que l'on rencontre dans l'état puerpéral. Comment agit la grossesse pour produire un semblable effet? C'est là un de ces secrets de la nature sur lequel on pourrait émettre bon nombre d'hypothèses, mais qui, probablement, restera longtemps encore couvert d'un voile obscur.

Nous trouvons la cause occasionnelle de l'augmentation du sérum, pendant le temps des couches, dans le flot de sang qui, chez la femme, accompagne et suit la délivrance. Nous savons que ce flot de sang ne manque jamais, qu'il est souvent considérable et constitue une hémorragie plus ou moins abondante. Or, Andral l'a dit et prouvé, le premier effet d'une hémorragie sur le fluide sanguin, c'est de le rendre hydroémique, c'est de diminuer le chiffre de ses globules et d'augmenter celui du sérum.

La part que prend le sérum dans la production des phénomènes physiologiques qui appartiennent à l'état puerpéral est encore peu connue, je dirais presque ignorée. Ce fluide, comme les autres éléments du sang, doit nécessairement concourir à l'évolution de l'œuf, à la nutrition et au développement du fœtus; il contribue probablement aussi aux modifications anatomiques qui se manifestent dans l'utérus et autres parties environnantes; mais il n'est pas possible de définir la part qu'il y prend. Y aurait-il quelque rapport entre l'augmentation du sérum et les eaux de l'amnios? Nous pensons que l'état hydroémique du sang pendant la gestation est plus ou moins nécessaire à la production du liquide amniotique : il faut poter, cependant, que l'abondance du sérum n'est pas toujours

proportionné à celle de l'eau de l'amnios; nous en ferons connaître plus loin le motif.

Cette abondance de sérum et d'eau, pendant la gestation et l'état puerpéral, aurait-elle aussi pour autre but de contrebalancer l'action phlogistique de la fibrine qui, dans les derniers temps de la grossesse, et surtout dans l'état puerpéral, offre pour moyenne un chiffre plus élevé que le maximum physiologique de l'état de vacuité, chiffre qui, hors la gestation et l'état de couches, n'existe jamais sans qu'il y ait phlegmasie? Cette opinion ne nous paraît pas dénuée de fondement. En effet, nous avons vu que le sérum et l'eau du sang augmentaient à mesure que le chiffre de la fibrine s'élevait, et nous savons que dans les phlegmasies cette augmentation du sérum ne suit pas l'élévation du chiffre de la fibrine.

Nous ne nous étendrons pas beaucoup sur l'influence pathologique que peuvent exercer sur la femme en couches les variations de composition élémentaire du sang; à ce sujet, on ne peut citer que des généralités qui sont loin de satisfaire aux particularités nombreuses qui concernent la nature et la thérapeutique des maladies puerpérales.

« On remarque, dit Baudelocque (1), que pendant la grossesse le sang contient une proportion plus grande de sérum. Cette proportion plus grande de sérum, ajoute-il, peut servir à expliquer la fréquence des infiltrations séreuses. »

Cette opinion de Baudelocque, qui représente celle de la science à l'époque où il écrivait ces quelques mots, n'est plus admissible aujourd'hui, pas plus que celle qui attribue certains épanchements séreux à un appauvrissement du sang, à ce que l'on a appelé une hydroémie. En effet, il ne suffit pas pour que ces épanchements aient lieu, que le sang contienne du sérum ou de l'eau en excès. Andral (2) cite des faits où le sérum étant en excès, soit par une diminution spontanée des globules, soit par une diminution graduelle de cet élément, il ne se manifestait d'épanchement ni dans le tissu cellulaire ni dans les cavités séreuses; nous avons nous-même

(1) Ouvrage cité, pages 7 et 8. — (2) *Hématologie*, pages 49 et suiv.

observé un grand nombre de faits semblables, parmi lesquels nous citerons le suivant :

Première observation. Un employé du chemin de fer de....., âgé de trente-deux ans, de taille moyenne, d'un embonpoint médiocre, s'adonnant, depuis plusieurs années, avec excès aux boissons alcooliques, avait eu, en 1845, une pleurésie aiguë, de laquelle il s'était parfaitement guéri. Il s'était bien porté depuis lors, quand, au mois d'août 1847, il fut atteint d'une pleuropneumonie droite. Son médecin traitant lui pratiqua une première saignée, lui fit faire des applications de sangsues en grand nombre, et lui fit une deuxième saignée le cinquième jour : il fit conserver ce sang pour me le faire voir le lendemain, sixième jour de la maladie, époque où nous nous réunimes en consultation. Ce malade était anémique, l'origine des muqueuses était décolorée, bruit de soufle dans les carotides; l'auscultation et la percussion de la poitrine révelaient une pneumonie au deuxième degré occupant les deux lobes inférieurs du poumon droit; il y avait une gêne dans la respiration beaucoup plus grande qu'on ne la rencontre habituellement en cas pareil; par moments il y avait menace de suffocation et lipothymie. Nous avons cru que, chez un individu semblable, épuisé par les excès de boisson, et malgré la nature de la maladie, on avait abusé des évacuations sanguines, dont en pareille circonstance, on doit être généralement avare; aussi, malgré les fortifiants, la faiblesse a continué de marcher, et, le septième jour de la maladie le sujet a succombé. Le sang que l'on avait extrait la veille, ressemblait à celui d'une chlorose intense; il consistait presque uniquement en sérum jaunâtre, au milieu duquel flottait un petit caillot, dont les deux tiers au moins étaient constitués par une couenne d'un blanc jaunâtre, peu rétractée, consistante, ayant près de cinq lignes d'épaisseur et recouvrant un caillot mince, diffluent. Le sang, ici, était bien hydroémique; sous le rapport des globules, il était bien sensiblement appauvri; c'était bien là un cas de pléthore séreuse; et cependant il n'existait pas de trace d'épanchement ni dans les plèvres, ni dans le tissu cellulaire.

Dirons-nous, pour cela, qu'un sang contenant du sérum avec excès ne favorise pas plus une hydropisie, surtout une anasarque, qu'un autre sang qui ne contient qu'une quantité normale de ce principe? Non, sans doute; et si l'abondance seule de cet élément ne suffit pas pour produire certains épanchements, si elle n'en est pas la cause prochaine, au moins elle favorise l'altération particulière du sang qui dispose à ce genre d'affection. En effet, si l'on compare la marche des hydropisies occasionnées par une gêne, par un ralentissement dans la circulation veineuse, même celle des hydro-

pisies qui résultent d'un abaissement considérable du chiffre de l'albumine du sang, tandis que ce fluide n'est pas hydroémique (1), avec celle qui se manifeste lorsqu'il survient spontanément un état séreux du sang, à la suite d'une métrorragie foudroyante, par exemple (2), alors que, le sérum se trouvant en excès, l'albumine offre un chiffre plus ou moins bas, l'on verra qu'ici l'hydropisie marche bien plus rapidement. A quoi attribuer cette rapidité, si ce n'est à l'état hydroémique du sang?

B Albumine.

Le tableau comparatif des moyennes que nous avons obtenues dans les analyses que nous avons faites du sang de la femme dans diverses conditions, avant la conception, pendant l'allaitement, à l'époque de la ménopause, pendant la gestation et l'état puerpéral, prouve que, pendant la gestation comme pendant l'état puerpéral, la moyenne des matériaux solides, surtout celle de l'albumine, est beaucoup inférieure à celle de l'état normal. N'est-ce pas à cette circonstance plutôt qu'à l'état séreux ou aqueux du sang, que l'on doit attribuer cette disposition des nouvelles accouchées, ainsi que des femmes sur la fin de la gestation, à l'œdème et à la couleur un peu anémique de la peau? Je sais que beaucoup d'auteurs, considérant l'état général un peu anémique, œdémateux de la femme dans les derniers temps de la grossesse, ont attribué cette circonstance à l'état séreux du sang. En effet, nous avons vu que le sérum et l'eau du sang offraient un chiffre un peu plus élevé dans l'état puerpéral que dans toute autre circonstance; mais peut-on attribuer à cette faible élévation la tendance qui existe si manifestement alors aux épanchements séreux? Nous ne le pensons pas, car trop souvent cette espèce d'œdématie manque, lorsque la prédominance du sérum existe.

La diminution de l'albumine du sang, chez la femme enceinte, ne contribue-t-elle pas à la production des eaux de l'amnios? Ce qui nous ferait pencher vers cette opinion, ce sont deux cas d'hydramnios que nous avons

(1) Comme nous en citerons un exemple plus loin.

(2) Comme nous en citerons des exemples en traitant de la métrorragie puerpérale.

observés chez des femmes en état de gestation et dont l'analyse du sang n'a fourni qu'un chiffre très-bas d'albumine; une de ces femmes offrait une telle distension de la matrice et du ventre que, deux fois pendant le cours de la grossesse, il y eut rupture de la poche des eaux et écoulement considérable du liquide amniotique, ce qui n'a pas empêché la gestation d'arriver à terme, et la femme d'accoucher d'un enfant assez bien portant. Voici l'observation d'une de ces femmes.

Deuxième observation. — La femme Z.... H...., de M...., grande et fortement constituée, tempéramment bien dessiné, est ménagère; elle est enceinte pour la neuvième fois; sa grossesse date de deux à trois mois, et déjà la matrice offre le volume qu'elle a à six mois de gestation, volume qui occasionne un peu de gêne dans la respiration. Je la saigne le 5 septembre 1847. Je n'ai pas annoté les propriétés physiques de son sang, mais l'analyse chimique m'a donné :

en sérum	en globules	en fibrine	en eau	en matières solides	en albumine
876,7	121,1	2,3	811,2	65,5	4,1

Il est sans doute, chez la femme en couches, d'autres effets physiologiques qui dépendent de la diminution de l'albumine du sang, mais jusqu'à présent ils sont restés inconnus.

Peut-on assigner une cause à la diminution de l'albumine dans le sang de la femme en couches? Pour cet élément comme pour le sérum, il est aussi une cause prédisposante, c'est une diminution de ce principe pendant la grossesse même, diminution que M. De Lafond attribue, chez les animaux, à ce que la force formatrice qui préside à la nutrition et à l'accroissement de l'embryon, s'empare des matériaux organiques du sang.

Dans l'état puerpéral, il est difficile d'attribuer à la diminution de l'albumine du sang une cause efficiente autre que celle que nous avons citée plus haut, dont la conséquence s'étendrait jusque dans l'état de couches. Cependant nous ferons remarquer qu'il existe une certaine relation entre la diminution des globules et celle de l'albumine; et, s'il en est ainsi, ne serait-on pas en droit d'attribuer à l'hémorragie qui accompagne

ou suit la délivrance, la cause de l'augmentation que l'on remarque dans la diminution de l'albumine?

« Il est aujourd'hui généralement reconnu, dit Andral (1), que si plusieurs hydropisies ont leur cause dans un certain nombre d'altérations des solides, il en est aussi d'autres dont il faut placer le point de départ dans une altération du sang.

« On a dit que les épanchements séreux pouvaient être la conséquence d'un appauvrissement du sang. Mais par l'expression d'appauvrissement du sang on peut entendre des états fort différents de ce liquide. Le sang peut effectivement avoir perdu de sa richesse accoutumée, parce qu'il contient ou moins de *fibrine,* ou moins de *globules,* ou moins d'*albumine* que de coutume. Dans ces trois cas, le sang doit être également regardé comme appauvri; tous trois produisent-ils l'hydropisie?

« 1° La diminution de la fibrine, quelque loin qu'elle soit portée, n'entraîne certainement pas, comme une de ses conséquences, la formation de cette maladie. Si des épanchements se produisent alors, c'est une exception et il faut, par conséquent, leur chercher une autre cause que l'abaissement du chiffre de la fibrine.

« 2° La diminution des globules qui, pour peu qu'elle soit considérable, amène, comme résultat nécessaire, l'état hydroémique, est-elle davantage une cause d'hydropisie? On le croit généralement, et cependant il ne me semble pas qu'une observation un peu rigoureuse permette d'adopter cette croyance. Si celle-ci était l'expression de la vérité, il s'ensuivrait que l'hydropisie se manifesterait chez la plupart des chlorotiques, chez les hommes atteints d'anémie spontanée, chez les phthisiques, dans certaines affections organiques de l'estomac, chez les femmes atteintes de cancer de l'utérus avec hémorragie plus ou moins fréquente et abondante. Dans tous ces cas où il n'existe plus dans le sang qu'une très-faible proportion de globules, il y a, par suite de la diminution considérable de leur chiffre, une hydroémie bien établie, et cependant ces malades n'ont offert aucune trace d'hydropisie. »

(1) *Hématologie*, page 118.

Voilà donc bien des cas divers dans lesquels, quelque appauvrissement qu'ait subi le sang par suite de la diminution de ces globules, l'hydropisie n'en est pas la conséquence. Mais dans tous ces cas, le sang ne s'est dépouillé de ses globules que d'une manière lente et graduelle. En est-il autrement lorsque cette diminution de globules se fait d'une manière brusque et presque instantanée, comme il arrive chez les individus qui perdent subitement une grande quantité de sang? Voit-on alors plus facilement une hydropisie s'établir? « Je ne crains pas, dit Andral, d'affirmer que, même dans ces cas, les épanchements ne surviennent que d'une manière tout à fait exceptionnelle; on les observe beaucoup moins fréquemment qu'on ne l'a dit à la suite des saignées même très-abondantes. Les grandes hémorragies spontanées ne donnent pas non plus nécessairement naissance aux hydropisies. » Plus loin, lorsque nous traiterons de la métrorragie puerpérale foudroyante, nous citerons cependant des exemples où de semblables hémorragies furent suivies d'hydropisie plus ou moins prononcée ; c'est qu'alors, sans doute, l'abaissement du chiffre de l'albumine a suivi l'abaissement de celui des globules : car, lorsque l'appauvrissement du sang tient à la seule diminution de ses globules, il n'en résulte pas généralement d'hydropisie.

Par conséquent, lorsque l'hydropisie a lieu, on doit raisonnablement supposer qu'il faut que le sang, en même temps qu'il a perdu ses globules, se soit encore appauvri d'une autre façon; et comme ce n'est point la diminution de sa fibrine qui peut amener ce résultat, on peut se demander s'il ne serait pas dû à une diminution survenue dans l'albumine du sérum. Voici à cet égard ce que les faits viennent nous apprendre : dans la maladie de Bright, où une certaine quantité d'albumine est jointe aux matériaux ordinaires de l'urine, et où le chiffre de l'albumine du sang s'abaisse proportionnellement à la perte que l'économie en éprouve par les urines, il se manifeste une hydropisie qui, d'abord partielle et légère, finit par être générale et très-considérable. Cette hydropisie augmente d'autant plus, qu'il s'échappe des reins une plus grande quantité d'albumine, et qu'on en trouve moins dans le sang. Ici existent donc trois faits qui coïncident : une *maladie* du parenchyme rénal, une *diminution* de l'albumine dans le sang, une *hydropisie*. Est-ce la maladie des reins qui produit directement l'hy-

dropisie, comme la produit une affection du cœur ou du foie? Non sans doute, et il est manifeste que le rein n'exerce ici quelque influence sur la formation de l'hydropisie que d'une manière indirecte, et en tant seulement qu'une modification survenue dans la texture lui permet d'enlever au sang son albumine. C'est donc la diminution de celle-ci, dans le sérum du sang, qu'il faut regarder comme la cause véritable de l'hydropisie. Quelle que soit la cause qui fasse diminuer cette albumine, l'hydropisie en sera la conséquence. Et d'ailleurs il n'est pas besoin, pour que cet effet se produise, que les globules diminuent en même temps que l'albumine. Dans l'albuminurie, il y a d'abord abaissement isolé du chiffre de l'albumine, et les globules ne commencent à diminuer que plus tard, et lorsque déjà l'hydropisie existe.

Andral, Gavarret et De Lafond (1), ont démontré que, chez les individus de l'espèce ovine, la diminution de l'albumine peut avoir lieu dans le sang, indépendamment de l'écoulement préliminaire de ce principe par l'urine; des infiltrations séreuses en résultent aussi chez ces animaux.

Chez les moutons qui se sont nourris, pendant quelque temps, dans des lieux humides, avec des pâturages de qualité insuffisante pour fournir à leur sang une bonne réparation, chez eux aussi le sang perd une partie de son albumine, et ils deviennent hydropiques.

L'épidémie d'hydropisies survenues à la suite d'une alimentation insuffisante, qu'a décrite le docteur Gaspard (2), ne reconnaissait-elle pas la même cause? Cette épidémie se manifesta en 1816, dans plusieurs départements du centre de la France, à la suite d'une grande disette qui avait affligé ce pays. Les habitants avaient été réduits à chercher leur nourriture dans des racines et dans des herbes des champs, qu'ils faisaient cuire. Un grand nombre d'entre eux devinrent hydropiques. L'histoire nous apprend que le même fait s'est reproduit à d'autres époques sous l'influence des mêmes circonstances. « Il est vraisemblable, dit Andral, que, dans ces singulières épidémies, l'insuffisance de l'alimentation a dû modifier la compo-

(1) *Mémoire sur la composition du sang de quelques animaux domestiques.*

(2) *Journal de physiologie expérimentale*, par M. Magendie, tome II.

sition du sang; que là était le point de départ de l'hydropisie, et, d'après ce que nous avons dit précédemment, il est permis de conjecturer que le sang éprouve, sous l'empire de cette influence, une diminution de son albumine. »

Dans les hydropisies qui surviennent vers la fin de la scarlatine, comme dans les anasarques qui se développent en quelques heures chez les individus qui s'exposent à une cause subite de refroidissement, Andral a trouvé les urines albumineuses, et le chiffre de l'albumine du sang abaissé.

« La diminution de l'albumine dans le sang, dit cet auteur (1), n'a été jusqu'à présent trouvée chez l'homme, que dans le cas où le sang a perdu d'abord de son albumine par les reins. » Plus loin, il ajoute : « On ne possède donc encore aucun cas bien net qui prouve que l'albumine peut diminuer spontanément dans le sang, d'une manière assez considérable pour produire une maladie, comme diminuant spontanément les globules et la fibrine. » Nous avons eu l'occasion d'observer, chez une femme à l'état puerpéral, un exemple remarquable qui prouve que le chiffre de l'albumine du sang peut s'abaisser jusqu'à produire l'hydropisie, sans que ce sang ait perdu d'abord de son albumine par les reins; il prouve, en outre, que cet abaissement peut avoir lieu spontanément, ainsi que cela se remarque quelquefois pour les globules et la fibrine. Voici le fait :

Troisième observation. *Abaissement considérable du chiffre de l'albumine dans le sang d'une nouvelle accouchée : symptômes d'hydropisie.* — La femme G... N...., de J....., âgée de trente-cinq ans, grande et fortement constituée, tempérament sanguin, ménagère, fait un commerce très-étendu de grains et de farine; elle se livre quelquefois à la fraude, ce qui l'expose à des surprises, à des émotions morales tantôt satisfaisantes, tantôt plus ou moins pénibles; souvent elle est inquiète et tracassée. Elle a eu quatre enfants, dont deux sont morts; de plus, elle a eu un avortement à deux mois. Elle était enceinte pour la sixième fois, lorsqu'elle accoucha, à terme, d'un enfant bien conformé mais mort. Son accouchement, qui eut lieu le 17 février 1847, n'a rien offert d'anormal; le flot de sang fut modéré; les lochies ont été abondantes, la fièvre de lait très-légère; les mamelles se sont tuméfiées considérablement, et, malgré l'énormité de leur engorgement, le lait ne s'est pas écoulé spontanément des mamelons. J'ai défendu

(1) *Hématologie*, page 155.

la succion des seins, j'ai soumis cette femme à un régime sévère, aux boissons délayantes, aux cataplasmes émollients sur les seins, et en quelques jours l'engorgement mammaire avait diminué; le 2 mars suivant, il n'en restait presque plus de traces. Les lochies ont toujours été et continuent d'être abondantes. Le deuxième jour de ses couches, elle eut froid aux pieds, qu'elle réchauffa avec une bouteille d'eau chaude; aussitôt elle ressentit d'assez vives douleurs le long de l'échine, dans les bras et les jambes, et une fièvre assez intense s'était manifestée; ces douleurs se sont terminées, dans la nuit suivante, par des sueurs copieuses.

Le troisième jour des couches, je la vis pour la première fois; il ne lui restait, de ce qui était arrivé la veille, qu'une douleur légère à la pression, surgissant vers la troisième vertèbre dorsale. Je lui pratiquai une saignée, dont voici l'analyse : 1,000 grammes de ce sang ont donné

en sérum	en globules	en fibrine	en eau	en matériaux solides	en albumine
903,	92,5	4,4	826,3	76,7	6,3

Il est à remarquer combien l'abaissement du chiffre de l'albumine était considérable, ainsi que celui des globules, tandis que le sérum, l'eau et la fibrine offraient des chiffres élevés.

Le septième jour des couches, la patiente se plaint de céphalalgie qui, depuis l'accouchement, ne l'a pour ainsi dire pas quittée, et qui, par moment, est beaucoup plus forte; elle augmente par le mouvement, surtout par la toux et autres secousses violentes; alors, dit-elle, on dirait qu'il y a ébranlement du cerveau. Les lochies vont bien; la langue est couverte d'un enduit blanchâtre; elle a peu d'appétit. Je la saigne une deuxième fois et telle est l'analyse de son sang :

sérum	globules	fibrine	eau	matériaux solides	albumine
832,9	162,4	4.7	765	67,9	3,4

Dans ce cas, l'on voit que l'abaissement du chiffre de l'albumine a fait des progrès, que le sérum et l'eau ont diminué de quantité, et que les globules ont beaucoup augmenté. Traitement: régime doux, boissons idem, sulfate de soude, une once et demie.

Dixième jour. Le purgatif a bien opéré; il a enlevé le mal de tête, nettoyé la langue, et rappelé l'appétit; mais les extrémités inférieures sont œdématiées, surtout aux malléoles.

Quatorzième jour. Les maux de tête ayant reparu le onzième jour des couches, elle prit, le lendemain, un purgatif semblable au précédent, qui lui donna des selles sans déranger l'écoulement des lochies; la céphalalgie a beaucoup diminué, mais les symptômes d'hydropisie augmentent; l'œdème des pieds est plus considérable, il s'étend jus-

qu'aux genoux; les paupières sont aussi légèrement infiltrées, ainsi que les mains et la figure. Le pouls est lent, régulier; il n'existe rien d'anormal ni du côté du cœur, ni du côté des poumons, du foie, des principaux vaisseaux; elle ne souffre pas des reins; les urines sont assez abondantes et verdâtres; elles ne sont pas albumineuses. Tisanne de graine de lin.

Dix-huitième jour. L'œdème des extrémités inférieures a fait des progrès, surtout à la jambe droite. Les urines sont abondantes et ne contiennent pas d'albumine. Elle ressent de la douleur à la région trochantérienne droite; fourmillement dans la jambe et le genou du même côté. Le pouls est normal, il n'existe aucun bruit artériel; un peu d'oppression; plus d'engorgement aux seins. La céphalalgie est dissipée, la langue est naturelle, l'appétit assez bon. Tisanne aromatique, régime fortifiant.

Le 9 avril 1847, trente-huit jours après l'accouchement, cette femme est bien guérie de son hydropisie et de ses maux de tête. Elle a encore éprouvé de violentes émotions morales à la suite desquelles sa santé fut un peu dérangée. Ses règles reparurent faiblement; il existe un peu de leuchorrée et quelques douleurs vagues; du reste elle a repris le cours de ses travaux, elle est grasse, forte et bien colorée. Je la saigne de nouveau pour connaître la composition de son sang, dont voici l'analyse :

sérum	globules	fibrine	eau	matériaux solides	albumine
866,9	130,8	2,1	736,1	130	61,9

Ici, les chiffres des divers éléments du sang, même de l'albumine, représentent l'état normal de ce fluide; à la vérité, le chiffre des matériaux solides est fort élevé.

Ainsi que nous l'avons dit plus haut, ce fait offre un bel exemple d'abaissement considérable du chiffre de l'albumine dans le sang, sans qu'il y ait perte de cette substance organique par les urines. De plus, il est une preuve que l'altération de cet élément, consistant en une diminution telle de son chiffre qu'il en résulte maladie, peut avoir lieu spontanément.

Quelle est la cause de cette diminution? L'on peut considérer l'état puerpéral comme cause prédisposante; en effet, nos analyses du sang de la femme pendant cette période ont révélé un abaissement marqué du chiffre de l'albumine, abaissement qui commence pendant la gestation, et se trouve le plus prononcé pendant l'état puerpéral. Mais quelle est la cause occasionnelle? Cette question nous a paru insoluble. Cependant nous ferons

observer que, peut-être, on pourrait considérer comme telle les nombreuses, vives et pénibles affections morales, les frayeurs et les contrariétés que la femme a éprouvées, la mort de son enfant, et le défaut d'allaitement. Nous ne chercherons pas à expliquer la manière d'agir de ces causes, ce serait nous jeter dans le labyrinte des hypothèses d'où il est si rare de faire sortir quelque chose d'utile; nous dirons seulement que nous avons observé plusieurs cas d'hydramnios auxquels on ne pouvait rattacher d'autres causes que des affections morales vives et pénibles.

Nous avons défendu de tirer les seins; comme c'est un précepte différent de ceux que l'on a coutume d'employer, nous nous y arrêterons un instant. Lorsqu'une femme doit ne pas allaiter, soit à cause de la mort de son nourrisson, soit pour motif de santé ou autre, si l'on permet d'établir la succion des seins, par quelque moyen que ce soit, la fonction mammaire s'établit et ne cesse qu'avec peine au bout d'un temps plus ou moins long, et expose la femme à l'engorgement et à l'inflammation du sein; si au contraire, l'on se comporte comme nous l'avons fait dans le cas précédent et dans une foule d'autres semblables, à la vérité l'engorgement des mamelles pourra devenir considérable, gênant, pesant, quelquefois même douloureux, mais toujours il sera de courte durée (de deux ou trois jours); on le modérera par le régime, les boissons douces et les cataplasmes émollients. Les sueurs puerpérales et les lochies, alors en pleine vigueur et fort susceptibles d'éprouver une augmentation de quantité et de durée, dériveront facilement vers la peau et l'utérus les humeurs qui tendent à se porter vers les seins, et suffiront à épurer le sang des matériaux du lait qu'il pourrait contenir et en altérant sa composition normale, devenir cause de maladie.

Ayant fait connaître au sujet de cette observation toute l'importance de l'exemple pathologique qu'elle offrait; d'un autre côté, ayant dit à cette femme combien il serait utile à la science de connaître la composition élémentaire de son sang, j'obtins d'elle de la saigner deux fois pendant l'existence de la maladie, et une fois après le rétablissement de sa santé; je me suis empressé de livrer le sang de ces saignées à l'analyse chimique; les résultats nous ont fait voir un abaissement considérable du chiffre de l'albumine, d'abord avant, ensuite pendant l'existence de l'hydropisie,

et le retour de ce chiffre à l'état normal, lorsque la guérison fut obtenue. Cette altération du sang, qui a précédé et accompagné l'hydropisie, et qui n'a disparu qu'après le retour de la malade à la santé, a été bien évidemment la cause de cet épanchement de sérosité.

Cette femme a éprouvé d'assez violents maux de tête. Sous le rapport symptômatologique, l'abaissement considérable du chiffre de l'albumine dans le sang aurait-il sur l'encéphale la même influence que celui des globules? Un seul fait ne peut donner à cette question une solution satisfaisante, mais il suffit pour attirer l'éveil des praticiens sur ce sujet. Une chose digne de remarque, c'est que, comme dans l'abaissement du chiffre des globules, l'administration des fortifiants a procuré la guérison.

D'après ce qui précède, nous pouvons donc dire avec Andral (1) : « On est en droit d'affirmer qu'il n'y a qu'une seule sorte d'altération de composition du sang qui entraîne nécessairement à sa suite l'hydropisie ; et cette altération, c'est la diminution de l'albumine ; par conséquent, toutes les fois que l'on verra survenir une hydropisie que l'on croira devoir rapporter à quelque modification éprouvée par le sang, on devra tout naturellement rechercher si le sang n'a pas perdu son albumine. Par conséquent encore, ce n'est pas seulement parce que l'eau vient à prédominer dans le sang d'une manière considérable, que des épanchements séreux se formeront; car alors toute chlorotique deviendrait hydropique, et, au contraire, nous voyons l'hydropisie liée à une autre sorte d'altération de composition du sang, dans laquelle celui-ci ne contient pas une grande surabondance d'eau. »

Pourquoi un sang devenu moins riche en albumine, entraîne-t-il facilement la formation d'épanchements séreux, tandis que la diminution des globules dans ce même sang n'entraîne pas un effet semblable? A ce sujet nous allons encore citer ce que dit Andral (2); c'est, selon nous, la meilleure explication qu'on puisse donner de ce phénomène pathogénique. « Est-ce la modification produite par la diminution de l'albumine dans les qualités physiques du sérum qui favorise l'issue de celui-ci à travers les parois

(1) Ouvrage cité, page 156. — (2) Ouvrage cité, page 159.

vasculaires? Est-ce là un cas d'exosmose favorisée par la diminution de densité du liquide, ou bien encore l'eau du sang s'écoule-t-elle moins facilement dans les réseaux capillaires, alors que, moins chargée d'albumine, elle est devenue moins onctueuse, et qu'elle glisse peut-être moins facilement à la surface interne des vaisseaux? S'il en est ainsi, la diminution de l'albumine dans le sérum du sang aurait, pour l'un de ses effets, de rendre le passage de ce liquide plus difficile à travers les petits vaisseaux, et par conséquent, relativement à sa cause immédiate, il n'y aurait pas si loin de l'hydropisie qui suit une maladie organique du cœur ou du foie, à celle qui suit l'abaissement du chiffre de l'albumine dans le sang. »

C. Globules.

En jetant un coup d'œil sur les chiffres par nous obtenus des divers éléments du sang pendant l'état puerpéral de la femme, nous trouvons que, huit fois sur seize, le chiffre des globules a été inférieur au minimum de l'état normal; une fois il l'a égalé; une autre fois il a offert 116,5; deux fois 132; une fois 140,3; une fois 160; une fois 188,5. Nous avons aussi vu qu'en retranchant une analyse tout à fait exceptionnelle l'on avait, pour moyenne, 114,9. Ce chiffre offre, avec la moyenne des globules à l'état normal, une différence, en moins, de 12,1. Sous ce rapport, nous ne sommes donc pas d'accord avec les opinions émises par Andral, Gavarret et Delafond, qui, s'appuyant sur les données qu'ils avaient obtenues en analysant le sang d'animaux domestiques avant et après la mise bas, ont conclu que la composition élémentaire du sang chez la femme en couches, devait, comme chez ces animaux, offrir une augmentation du chiffre des globules. Les analyses, que nous avons faites du sang de la femme à l'état puerpéral ne sont qu'exceptionnellement conformes aux vues de ces auteurs, et, généralement, c'est le contraire que nous avons rencontré. Or, quelle est la cause de cette différence, c'est-à-dire celle de la diminution du chiffre des globules chez la femme en couches?

Causes de la diminution du chiffre des globules chez la femme à l'état puerpéral. Chez les animaux domestiques dont MM. Andral, Gavarret et Delafond, ont fait l'analyse du sang avant et après la mise bas, il n'est pas

étonnant que ces expérimentateurs n'aient pas obtenu de diminution dans le chiffre des globules sanguins : chez ces animaux, contrairement à ce qui a lieu chez la femme, la délivrance n'est pas accompagnée du flot de sang, ou s'ils perdent de ce liquide, c'est en quantité insignifiante; chez eux, aussi, la parturition n'est pas suivie d'écoulement lochial sanguin ; chez la femme, au contraire, ce flot de sang, ainsi que l'écoulement lochial constituent fréquemment de véritables hémorragies, et, en général, des pertes plus ou moins abondantes de sang. Si les auteurs précités eussent pris en considération cette circonstance, ils auraient, conformément à leurs principes quant à l'influence des pertes sanguines sur la composition élémentaire du sang, dû supposer que chez la femme à l'état puerpéral, il devait y avoir diminution du chiffre des globules. Andral et Gavarret ont, en effet, prouvé par des faits nombreux que les pertes sanguines abondantes avaient pour premier effet, de diminuer sensiblement le chiffre de l'élément globulaire du sang; ils devaient donc admettre que, sous l'influence de la même cause, le même effet a lieu chez les nouvelles accouchées. Le résultat de nos recherches a été conforme à ces principes. C'est donc au flot de sang qui accompagne la délivrance, à l'écoulement lochial sanguin qui la suit, qu'est due particulièrement la diminution que nous avons rencontrée dans l'élément globulaire du sang de la femme en couches.

Le chiffre des globules du sang chez les femmes à l'état puerpéral, doit exercer une influence marquée sur les phénomènes physiologiques qui caractérisent cet état. Ce principe du sang joue un rôle trop important dans l'accomplissement des actes physiologiques de l'état normal, pour qu'il en soit autrement dans cette condition de la femme où la susceptibilité, l'impressionabilité sont portées au plus haut degré, et où une cause, même légère, produit des effets si prononcés.

Mais, ainsi que le démontrent nos expériences, le chiffre des globules varie; généralement il y a diminution bien prononcée; quelquefois, cependant, il s'est rapproché des chiffres de l'état pléthorique, chiffres que, dans certains cas, il a de beaucoup dépassés. C'est pourquoi nous allons dire quelques mots de la pléthore sanguine avant de parler de l'anémie.

« L'opinion la plus accréditée relativement à l'état du sang dans la plé-

thore, dit Andral (1), c'est que ce sang remplit les vaisseaux en plus grande quantité, que ses divers éléments organiques sont devenus plus abondants, et qu'il est, en particulier, plus riche en fibrine. »

L'augmentation de quantité du sang est impossible à démontrer; mais on peut déterminer s'il a une composition particulière. Voici à cet égard ce qu'a appris l'analyse chimique de ce fluide : dans la pléthore, le sang ne contient pas plus de fibrine que dans toute autre circonstance. Andral a trouvé 2,7 en fibrine, comme moyenne de ce principe dans trente et une saignées pratiquées sur des individus pléthoriques.

Les accidents de la pléthore, tels que vertiges, tintement d'oreilles, palpitations de cœur, gêne de la respiration, injection comme apoplectique des conjonctives et de la face, etc., ne dépendent pas d'une augmentation de fibrine dans le sang. Par conséquent, au point de vue de la composition du sang, les individus pléthoriques ne seraient pas plus disposés que d'autres à contracter des inflammations.

Les matériaux organiques du sérum n'offrent non plus, dans la pléthore, aucun changement remarquable de proportion.

Restent donc les globules, et c'est effectivement la grande élévation de leur chiffre qui fonde dans le sang le caractère de la pléthore. Dans trente et une saignées, pratiquées sur des individus pléthoriques, Andral a trouvé pour moyenne des globules le chiffre 141, pour minimum 131, pour maximum 154. Le sang des pléthoriques diffère donc du sang ordinaire par la plus grande quantité de globules et par la quantité beaucoup moindre d'eau qu'il contient.

Nous venons de tracer les propriétés physiques du sang des pléthoriques à l'état normal; mais sont-elles les mêmes à l'état puerpéral? Non, sans doute, et la composition sanguine, que nous avons fait connaître, en donne parfaitement la raison. En effet, lorsque, dans l'état puerpéral, le chiffre des globules est élevé, qu'il caractérise l'état pléthorique, il est un autre élément du sang qui offre en même temps une élévation considérable de son chiffre, c'est la fibrine; ainsi chez la femme dont l'analyse est rapportée

(1) Ouvrage cité, page 42.

sous le n° 8 du tableau de l'état puerpéral, il y avait 188,5 en globules, 5,7 en fibrine; chez celle du n° 11, il y avait 140,3 en globules, et 2,8 en fibrine; chez celle du n° 12, il y avait 160 en globules et 5,3 en fibrine. Les propriétés physiques du sang de la femme du n° 8 et du n° 11 sont les seules que j'aie annotées; elles sont parfaitement en rapport avec les chiffres des éléments de ce fluide : ainsi, le caillot de la saignée pratiquée sur la femme du n° 11, était mou et volumineux, renfermant beaucoup de sérum; aussi le chiffre des globules était élevé, celui de la fibrine était normal. Au contraire, le caillot de la saignée pratiquée sur la femme du n° 8, était volumineux, et, quoique sans couenne, il était résistant; si le chiffre des globules était élevé, celui de la fibrine l'était également. Il résulte donc des faits précédents que, dans l'état puerpéral, le sang des individus pléthoriques peut offrir des propriétés physiques mixtes, dont les *unes* appartiendront au chiffre élevé des globules, telles que couleur foncée du sang avant sa coagulation, caillot volumineux, absence de couenne parfaite, sérum peu abondant; les *autres* au chiffre élevé de la fibrine, tels que caillots consistants, renfermant peu de sérum.

La surabondance des globules dans le sang des pléthoriques, coïncide chez eux avec une certaine modification de l'état physiologique, et aussi avec un certain nombre de faits pathologiques qui paraissent en être une conséquence.

Ainsi, toutes les fonctions sont généralement plus actives, et il y a comme une surabondance de vie : la digestion se fait vite; la respiration est favorisée par le grand développement de la cavité thoracique; la circulation est rapide, le cœur bat avec force et sans bruit de souffle. Le cerveau présente une disposition particulière à l'excitation; il y a facilité et en même temps mobilité des émotions.

Prévost et Dumas, au rapport de Müller (1), ont fait voir que le sang ne manifeste pas tant son influence vivifiante par le sérum que par les corpuscules rouges qui y nagent. Si, après avoir vidé les vaisseaux d'un animal jusqu'à ce qu'il tombe en syncope, on y introduit de l'eau ou du sérum

(1) *Manuel de physiologie*, tome I, page 113.

à 30°, on ne rappelle pas la vie ; mais si l'on prend du sang de la même espèce, on voit l'animal se ranimer sensiblement à chaque ondée, et finir par se rétablir. Ces expériences ont été confirmées par Dieffenbach et Bischoff (1). D'après les quatre auteurs précités, la révivification a lieu, alors même qu'on a dépouillé le sang de sa fibrine, en le fouettant, et qu'on n'injecte qu'un mélange non coagulable de globules et de sérum. « Comme les globules, dit Müller (2), n'ont subi aucun changement dans le sang fouetté, on devrait, dans les cas peu nombreux où une infusion de sang dans les artères d'un être vivant serait justifiée, nécessaire même pour cause d'anémie, préférer du sang battu, dépouillé de sa fibrine, et porté à une température convenable. »

Quelle peut être la cause d'une augmentation du chiffre des globules dans quelques sangs de femmes en couches ? En consultant les phénomènes qui ont accompagné et suivi l'accouchement des sujets dont le sang nous a donné un chiffre élevé de globules, nous trouvons que chez eux le flot de sang fut presque nul, et que les lochies sanguines furent très-peu abondantes : ces femmes, sous le rapport du travail et de ses suites, se rapprochent donc de ces animaux domestiques dans le sang desquels MM. Andral, Gavarret et Delafond ont rencontré, après la mise bas, un chiffre élevé, une augmentation du chiffre des globules. C'est donc, principalement, à la faible quantité de sang perdue pendant et après la délivrance, qu'il faut attribuer l'augmentation du chiffre des globules chez certaines femmes en couches.

Les vertiges, les éblouissements, les tintements d'oreille, les chaleurs de tête, qu'éprouvent les pléthoriques, ont été expliqués par des congestions de sang vers le cerveau. « Le seul passage, dit Andral (3), d'une quantité surabondante de globules à travers les vaisseaux de l'encéphale me paraît une circonstance suffisante pour en rendre compte. »

Un excès de globules dans le sang coïncide aussi avec l'apparition plus fréquente et plus facile de certaines hémorragies ; cette circonstance, comme

(1) Dieffenbach, *Die transfusion des Blutes*, Berlin, 1828. — (2) Ouvrage cité, tome I, page 113. — (3) Ouvrage cité, page 46.

nous le verrons plus loin, dépend du défaut de proportion entre le chiffre de la fibrine et celui des globules.

« Enfin, dit Andral (1), dans ces cas de surabondance des globules, il n'est pas rare de voir naître, par intervalles, une surexcitation générale de l'organisme, portée au point qu'une véritable fièvre peut prendre naissance. Vainement chercherait-on, pour s'en rendre compte, quelque altération dans les solides, ils n'en présentent aucune, et la fièvre doit alors être considérée comme ayant son point de départ dans un état du sang. Mais soit maintenant un autre cas : supposez qu'à propos de l'altération phlegmasique d'un solide, développée chez un individu dont le sang contient trop de globules, il survienne de la fièvre; celle-ci présentera alors une physionomie toute particulière : elle sera remarquable par les phénomènes de vive réaction qui l'accompagneront; ce sera la forme de fièvre appelée par Pinel angéioténique ; et cette forme dépendra moins du siége et de la nature de la lésion locale que de l'état même du sang. Les saignées la modifieront donc à coup sûr, en agissant sur le sang lui-même, dont infailliblement elles diminueront les globules ; mais, évidemment utiles sous ce point de vue, elles n'auront qu'une influence beaucoup moins directe sur l'altération phlegmasique qui a produit la fièvre : car cette altération se lie à une autre modification du sang, sur laquelle les saignées ont un pouvoir beaucoup moins immédiat et moins direct. »

Nous avons vu, en parlant des qualités physiques du sang pendant l'état puerpéral, que, dans certains cas où le chiffre des globules ainsi que celui de la fibrine étaient simultanément élevés, il résultait de cette simultanéité des propriétés physiques mixtes, appartenant, les unes à l'abondance des globules, les autres à l'augmentation de la fibrine; voyons maintenant si cet état de composition du sang, chez la femme en couches, peut exercer aussi quelque influence mixte sur la forme des affections puerpérales. Déjà nous savons que le chiffre élevé des globules rend les fonctions vitales plus énergiques, active la circulation, dispose à la fièvre inflammatoire, à la fièvre angéioténique de Pinel. Nous verrons plus loin que l'élévation du chiffre

(1) Ouvrage cité, page 47.

de la fibrine rend le sang phlogistique, donne à ce fluide les qualités par lesquelles il dispose l'économie entière, et surtout les organes irritables ou prédisposés, à l'inflammation. Il résulte donc de cet état du sang : 1° que chez les femmes en couches, chez lesquelles il existera en même temps une élévation du chiffre des globules et de la fibrine, il existera aussi une disposition à la fièvre inflammatoire et à la phlegmasie d'un ou de plusieurs organes; 2° que quand une phlogose viendra à se développer, elle sera généralement accompagnée d'une réaction proportionée à l'élévation du chiffre des globules; 3° que lorsque la fièvre inflammatoire viendra à s'établir, elle existera rarement seule et sans donner lieu au développement phlegmasique de tel ou tel organe; 4° que c'est en cas pareils que les évacuations sanguines générales seront bien indiquées et pourront produire de grands avantages; 5° qu'elles pourront être réitérées avec fruit aussi longtemps que l'élément globulaire offrira un chiffre élevé; 6° que, au contraire, les évacuations sanguines locales et autres moyens leur seront préférables lorsque ce chiffre aura repris son degré normal et que la fibrine seule restera en excès.

C'est probablement parmi cette classe de nouvelles accouchées pléthoriques que doivent être rangées celles qui, après leur délivrance, éprouvent des céphalalgies, des vertiges, des bourdonnements d'oreille, de la chaleur et de la rougeur à la figure, ont un pouls plein, accéléré, une apparence enfin de fièvre inflammatoire, et qui, après un écoulement plus ou moins considérable, quelquefois même hémorragique des lochies sanguines, récupèrent un bon état de santé. Plusieurs fois nous avons été à même d'observer des cas semblables; dans quelques circonstances même l'écoulement sanguin précité étant trop faible, nous avons fait appliquer avec fruit des sangsues au fondement.

Les analyses, que nous avons faites du sang de la femme à l'état puerpéral, démontrent que, dans la pluralité des cas, la quantité de globules du sang s'abaisse plus ou moins en dessous de la moyenne physiologique. Diminuant de plus en plus elle arrive quelquefois à un chiffre si bas, que l'on comprend à peine comment avec si peu de globules dans le sang, la vie peut encore se maintenir; nous citerons des cas semblables en traitant

de la ménorragie puerpérale. Cette diminution à divers degrés de l'élément globulaire du sang est le caractère fondamental de l'anémie, état qui, sous le rapport de la composition du sang, comme sous celui de ses symptômes, est l'inverse de la pléthore.

Le flot de sang qui accompagne ou suit la délivrance, qui constitue souvent une véritable hémorragie, et est généralement abondant; les lochies sanguines, qui suivent l'accouchement, aussi plus ou moins abondantes, et dans certains cas, assez considérables, hémorragiques mêmes, telles sont les causes qui, contrairement à ce que l'on observe chez les animaux domestiques après leurs mise bas, déterminent, dans le sang de la femme en couches, une diminution plus ou moins considérable du chiffre des globules, un état anémique plus ou moins prononcé. Suivant le chiffre de la diminution des globules, cet état du sang est encore compatible avec un certain degré de santé, ou il devient par lui-même un véritable état morbide, comme nous en citerons plus loin un exemple. Cet état morbide peut exister seul, ou intervenir comme complication de certaines métrorragies.

« J'ai trouvé, dit Andral (1), comme moyenne du chiffre des globules, dans seize cas d'anémie commençante, le chiffre 109. Et, dans vingt-quatre cas d'anémie confirmée, le chiffre 65. » Le chiffre le plus bas que cet auteur a rencontré est 28.

Dans le sang de la femme en couches, nous avons rencontré pour moyenne des globules 114,9, pour maximum 188,5, pour minimum 66,9. Si, sur quinze analyses de la composition du sang dans l'état puerpéral, nous retranchons cinq cas où le chiffre des globules fut plus élevé que la moyenne physiologique de cet élément (132; 132,4; 140,3; 160; 188,5), il nous en restera dix, donc les deux tiers, où le chiffre des globules est de beaucoup inférieur à cette moyenne de l'état normal, et où par conséquent l'anémie est plus ou moins prononcée. Les chiffres de ces dix analyses sont, pour les globules : 66,9; 74; 80,2; 97,1; 105,5; 105,9; 106,8; 107,5; 110,4; 116,5; or en ne prenant la moyenne que de ces dix cas,

(1) Ouvrage cité, page 49.

l'on obtient pour maximum 116,5, pour moyenne 97,8, et pour minimum 66,9. Il existe donc bien manifestement chez les deux tiers des nouvelles accouchées un état anémique plus ou moins prononcé.

« Les propriétés physiques du sang de l'anémie, dit l'auteur de l'*Hématologie pathologique,* s'explique très-bien par la nature des changements que ce sang a subis dans sa composition ; lorsqu'il n'y a que diminution des globules et que le sang a bien coulé, on trouve dans le vase qui l'a reçu un petit caillot qui nage au milieu d'une sérosité abondante et parfaitement incolore. Ce caillot est remarquable par sa densité ; ses molécules conservent entre elles beaucoup de cohésion, et il n'est pas du tout rare de trouver à sa surface une couenne bien caractérisée. Cette densité du caillot et la couenne qui le recouvre, sont d'autant plus prononcées que l'anémie est plus considérable. Toute couenne n'est donc pas la traduction de l'existence d'une maladie inflammatoire, car on l'observe dans la chlorose, qui certainement n'est pas une affection inflammatoire. Pourquoi, dans cette maladie, le sang est-il souvent couenneux ? C'est qu'il a conservé toute sa fibrine par rapport aux globules ; or, toutes les fois que cet excès a lieu, qu'il soit relatif ou absolu, et lorsqu'en même temps la coagulation de la fibrine n'est pas trop rapide, on verra ce principe s'accumuler seul à la surface du caillot et la couenne apparaître. Voilà pourquoi le sang des individus anémiques peut être couenneux, le caillot ferme et dense. »

Ce que dit Andral des propriétés physiques du sang chez les individus anémiques, nous l'avons rencontré dans le sang des femmes en couches qui nous ont procuré le fluide des dix analyses précitées. Mais ici, et sans que l'anémie fut bien intense, les propriétés physiques qu'a indiquées cet auteur, se sont présentées et plus constamment et d'une manière plus prononcée. Nous avons annoté les propriétés physiques du sang de ces dix saignées, toujours nous avons rencontré un caillot petit, ferme et résistant ; toujours nous l'avons vu surmonté d'une couenne parfaite, souvent blanchâtre, quelquefois rosée, plus ou moins épaisse et souvent rétractée ; généralement le sérum était limpide, abondant et verdâtre, quelquefois cependant il a paru trouble et lactescent. Quelle est la cause qui, dans l'état puerpéral et sans que l'état anémique soit bien intense, donne au

sang de semblables propriétés physiques, surtout autant de constance dans l'existence de la couenne parfaite? C'est qu'ici, outre l'abaissement du chiffre des globules résultat des pertes sanguines prédésignées, existe, comme règle générale, une élévation prononcée du chiffre de la fibrine, élévation qui établit entre l'élément globulaire et fibrineux du sang, une disproportion aussi considérable que dans l'anémie intense que l'on rencontre quelquefois dans d'autres conditions de la femme.

« Il est nécessaire, dit Andral (1), de distinguer plusieurs sortes d'anémie relativement aux modifications de composition qu'elles entraînent dans le sang. Dans l'anémie spontanée, faible ou forte, les globules seuls sont diminués, la fibrine et les matériaux solides du sérum ont conservé leur chiffre normal. Dans l'anémie qui succède à des pertes de sang plus ou moins abondantes, il peut également arriver qu'on ne trouve que les seuls globules diminués; c'est même là le premier effet de toute hémorragie; mais si celle-ci augmente ou se renouvelle, il arrive bientôt un moment où le sang vient également à perdre de ses autres principes, et l'on voit diminuer avec les globules, la fibrine et l'albumine du sérum. »

« L'anémie, dit-il, peut être aussi la suite de certaines modifications appréciables de l'organisme qui exerce une influence sur le sang. Dans ce cas, la composition du sang se montre la même que dans l'anémie spontanée, c'est-à-dire que les globules seuls ont diminué, tandis que la fibrine et l'albumine du sérum sont restées intactes. C'est ce qui a lieu chez beaucoup de femmes enceintes dont le sang perd de ses globules sans perdre de sa fibrine. » Les nombreuses analyses que nous avons faites du sang de femme en état de gestation, ne nous ont pas donné des résultats conformes à ceux qu'indique M. le professeur Andral. En effet, nous avons obtenu, en moyenne pour toute la durée de la gestation, 131,5 en globules; pour les trois premiers mois seulement 137,5; du troisième au sixième mois 144; pour les trois derniers mois 120,8. Et ces données sont la conséquence de trente-sept analyses. Pourquoi cette différence entre nos résultats et ceux de l'illustre professeur de Paris? Nous ne pouvons l'attribuer qu'à la différence

(1) Ouvrage cité, page 31.

des tempéraments des individus sur le sang desquels nous avons opéré, et à ce que nos recherches ont eu lieu sur des femmes habitant la campagne; chez ces femmes, en effet, le tempérament sanguin est fréquent, et ce tempérament nous a paru disposer à la pléthore.

Le sang des femmes en couches est surtout remarquable par l'élévation du chiffre de sa fibrine proportionnellement aux autres principes constituants de ce fluide. Cet état le rend phlogistique, c'est-à-dire propre à favoriser l'établissement et le développement d'affections phlegmasiques. Or cette composition du sang se trouve singulièrement favorisée par la diminution des globules. En effet, plus le chiffre de l'élément globulaire est abaissé, plus celui de la fibrine devient proportionnellement prédominant et apte à produire les effets précités.

« Ainsi donc, dit Andral (1), nous voyons un des principes du sang s'isolant de tous les autres, exercer tantôt par son augmentation, et tantôt par sa diminution spontanée, une influence telle qu'il devient le point de départ et le seul élément matériel appréciable d'un certain nombre de maladies. » En effet, chez certaines femmes à l'état puerpéral, chez celles surtout qui ont perdu beaucoup de sang pendant ou après l'accouchement, nous avons plusieurs fois rencontré le chiffre des globules tellement abaissé, qu'il en résultait un véritable état maladif, une chloro-anémie bien prononcée. Nous allons en citer un exemple :

QUATRIÈME OBSERVATION. *Chloro-anémie, suite de couches.* — La femme P... P...., de J...., est petite, bien conformée, d'un tempérament nerveux, sujette aux affections hystériques; elle est habituellement fort réglée; ménagère aisée, elle jouit habituellement d'un bon état de santé. Elle accoucha de son quatrième enfant le 14 avril 1839. L'accouchement fut naturel, mais le flot de sang ainsi que les lochies sanguines qui le suivirent, furent très-abondantes et se rapprochèrent même de l'état hémorragique. Elle me consulta le vingt-cinquième jour des couches, alors que les lochies étaient mucoso-purulentes et peu abondantes, et qu'elle allaitait son nourrisson. Elle éprouvait une faiblesse générale sans ressentir de douleur nulle part; sa figure était décolorée, son teint olivâtre, sa peau sèche; l'origine des muqueuses était pâle; le matin, il y a gonflement œdéma-

(1) Ouvrage cité, page 49.

teux des paupières supérieures, gonflement qui disparait peu de temps après le lever ; le soir, un gonflement semblable existe aux malléoles et disparait quand la malade est couchée de quelques heures. Quand elle marche, elle éprouve un sentiment de faiblesse dans les jambes ; si elle accélère le pas, et surtout si elle monte, la respiration est courte et gênée, et le cœur bat avec force : sous l'influence de la moindre émotion morale elle éprouve de fortes palpitations ; de temps à autre elle ressent de la céphalalgie, des vertiges, quelquefois des tintements d'oreille qui lui font craindre une congestion cérébrale ; quelquefois elle éprouve des phénomènes hystériques légers ; son lait est peu abondant et fort clair ; il existe, dans la carotide gauche seulement, un bruit de souffle continu et bien prononcé. Traitement : pillules de Blaud, tisane de petit chêne, vin de Bordeaux en mangeant, nourriture fortifiante, exercice au grand air.

Sous l'influence de ce traitement, les phénomènes pathologiques précités ont promptement diminué, et, en moins d'un mois de traitement, la guérison était obtenue.

CINQUIÈME OBSERVATION. *Chloro-anémie, suite de couches.* — La femme P...., de C....., est âgée de vingt-deux ans, de petite taille, de constitution délicate, tempérament lymphatico-nerveux ; elle est accouchée à terme et naturellement de son premier enfant le 1er octobre 1845. A la suite de la délivrance, elle eut une assez forte métrorragie qui a déterminé une anémie bien prononcée, caractérisée par la décoloration de la peau et de l'origine des muqueuses ; par une faiblesse générale ; par des palpitations, des vertiges, des tintements d'oreille, de l'essoufflement quand elle se lève, et surtout quand elle marche ou qu'elle éprouve une émotion morale tant soit peu vive ; bruit de souffle au cœur et dans les deux carotides ; lochies peu abondantes ; sécrétion laiteuse presque nulle. Le symptôme dominant était les vertiges avec céphalalgie momentanée et souvent répétée. Je lui ai pratiqué une légère saignée le vingt et unième jour de ses couches ; elle n'en a éprouvé aucun soulagement ; elle a même cru remarquer qu'à la suite de cette évacuation sanguine les symptômes de faiblesse générale avaient augmenté. Le sang, en sortant de la veine et avant sa coagulation, était peu foncé en couleur, il était rougeâtre ; les caillots étaient petits, fermes, recouverts d'une couenne blanchâtre, parfaite et rétractée ; sérum abondant et limpide. L'analyse de ce sang m'a donné :

en sérum	en globules	en fibrine	en eau	en matériaux solides	en albumine
916,9	79,3	3,7	831,3	85,6	77,4

Je l'ai ensuite soumise au traitement par les ferrugineux, mais j'ai dû les suspendre à cause de leur intolérance. Je lui fis prendre d'autres toniques qu'elle put supporter, mais qui restèrent sans effet contre sa maladie. Ce n'est que trois mois après les couches qu'ayant essayé pour la quatrième fois l'usage du fer, elle put le supporter. C'est aux dragées de

lactate de fer de Béral que j'eus recours : ce médicament a promptement fait disparaître l'affection chlorotique.

D. Fibrine.

Nous avons vu qu'à mesure que la grossesse approchait de son terme, le chiffre de la fibrine augmentait; que la moyenne de cet élément, pendant les trois derniers mois de la gestation était de 3,9; qu'elle était de 4,5 pendant le travail. La moyenne de quinze analyses, faites sur du sang de femmes en couches, nous a donné 4,6; maximum 6,9; minimun 2,8.

De tous les états physiologiques de la femme, c'est donc l'état puerpéral qui offre, en fibrine, le chiffre le plus élevé. « Il existe, dit Andral, deux circonstances de la vie physiologique de l'homme et des animaux qui ont la puissance d'augmenter dans le sang la proportion de fibrine, ces circonstances sont la gestation et l'état puerpéral. Mais cette augmentation, qui n'a lieu d'ailleurs qu'à de certaines périodes de la grossesse, représente plutôt un maximum physiologique très-élevé, qu'elle n'arrive jusqu'au chiffre ordinaire de l'état phlegmasique (1). » Les résultats de nos recherches à cet égard offrent beaucoup de rapport avec ceux d'Andral, qui dit : « L'on trouve que l'accroissement de la fibrine est devenu le plus grand possible, vers le dernier mois de la grossesse; la moyenne pour ce dernier mois, est de 4,3. La fibrine atteint ainsi son maximum au moment où l'accouchement arrive, et on peut présumer que ce maximum se soutient, si même il n'augmente pas, pendant les premiers temps qui suivent l'expulsion du fœtus. Cette présomption me semble trouver appui dans les résultats que j'ai obtenus avec MM. Gavarret et Delafond, en analysant le sang de brebis et de vaches avant et après la mise bas. Après la mise bas, en effet, le sang de ces animaux nous a offert sensiblement plus de fibrine qu'auparavant. »

Si, dans l'état puerpéral, le sang se charge ainsi d'un peu plus de fibrine que dans les autres conditions de la vie physiologique, on comprendra comment il arrive que, chez un grand nombre de femmes en couches, le

(1) *Hématologie*, page 102.

caillot des saignées se recouvre d'une couenne; ce phénomène, comme nous l'avons dit en parlant des globules, doit avoir lieu d'autant plus facilement chez elles, que dans le sang les globules descendent souvent plus ou moins au-dessous de leur moyenne physiologique.

Quelle peut être la cause qui, dans l'état puerpéral, donne au chiffre de la fibrine une élévation si considérable? Il en existe plusieurs, dont les unes sont prédisposantes, les autres occasionnelles.

Parmi les causes prédisposantes, la grossesse tient le premier rang. La structure de la matrice est cellulo-fibreuse dans son état de vacuité; malgré les assertions de M^me^ Boivin et d'autres auteurs qui prétendent qu'alors même on peut y démontrer l'existence des fibres musculaires; malgré les opérations chimiques de Schwilgué qui y a rencontré beaucoup de fibrine, base de la fibre musculaire, et les recherches microscopiques de Rœderer, la majeure partie des anatomistes distingués, Jules Cloquet et autres, ne les admettent pas. Mais il en est autrement de la structure de l'utérus en état de gestation : ici, plus on se rapproche du terme de la grossesse, plus la structure musculaire de l'utérus devient évidente. Les recherches anatomiques de M^me^ Boivin, de MM. Velpeau et Jobert, etc., sur ce sujet, ont mis hors de doute l'existence du tissu musculaire dans la structure de cet organe. Or, qui fournit à l'utérus cette fibre charnue, qu'il ne possède pas, ou qui n'est que rudimentaire pendant l'état de vacuité, et dont l'abondance est proportionnée à la période plus ou moins avancée de la grossesse? C'est le sang. Et quel est le principe constituant du sang que s'approprie l'utérus pour donner naissance et accroissement à sa fibre musculaire? C'est la fibrine. Il n'est donc pas étonnant que cet élément domine dans le sang des femmes enceintes et que son chiffre soit d'autant plus élevé qu'on est plus rapproché de la fin de la gestation; c'est en effet vers cette époque que le tissu utérin en a le plus grand besoin et qu'il en contient le plus. Ce besoin de tissu musculaire qu'éprouve l'utérus gravide, est non-seulement lié à la résistance que cet organe doit opposer au développement de l'œuf, mais principalement aux fonctions qu'il a à remplir pendant le travail de l'accouchement; alors, en effet, la contractilité de tissu, aidée des puissances accessoires, ne pourrait suffire à chasser hors du sein de la mère le fruit de la conception, à vaincre

la résistance que lui oppose la filière du bassin et surtout le plancher fibro-musculaire de la région périnéale. Il était donc utile, nécessaire même à l'accomplissement de cette importante fonction, qu'outre la contractilité de tissu, la matrice fut douée d'une puissante force musculaire de contraction ; et, pour cela, elle avait besoin que le sang, ce liquide nourricier de tous nos organes, lui procurât l'élément qui sert de base au tissu jouissant de cette propriété. Mais quelle est la cause de l'augmentation de la fibrine dans le sang des femmes enceintes, et pourquoi le chiffre en est-il plutôt diminué qu'augmenté pendant les trois premiers mois de la gestation? Il nous semble rationnel d'attribuer cette élévation du chiffre de la fibrine à l'augmentation de vitalité utérine, occasionnée par la présence et le développement de l'œuf dans la matrice. S'il est vrai, comme semble l'avoir démontré l'expérience, que l'exercice forcé des muscles de la vie de relation, que l'inflammation aiguë de l'une ou l'autre partie du corps produise, dans les principes constituants du sang, un changement, une modification telle que le chiffre de la fibrine devienne plus élevé ; s'il est vrai, en même temps, qu'il y ait la plus grande analogie, sous le rapport des résultats, entre l'exercice musculaire forcé et l'augmentation exagérée de l'activité fonctionnelle d'un organe important ; si, enfin, de l'activité exagérée d'un organe à son état inflammatoire il n'y a qu'un pas, et que l'un touche à l'autre, pourquoi un travail aussi actif, aussi continu et d'aussi longue durée que celui qui, pendant la grossesse, a lieu dans l'utérus, ne produirait-il pas de semblables effets? L'augmentation d'activité dans les fonctions organiques des mamelles, des annexes de l'utérus et des parties qui l'environnent, peut aussi concourir à la production de ce résultat, mais d'une manière très-secondaire.

La suppression des règles, qui a généralement lieu pendant la grossesse, tend à produire une pléthore sanguine, par conséquent une augmentation proportionnelle du chiffre des globules, comme il arrive par le fait seul de la suppression de cette fonction pendant l'état de vacuité, comme il advient également par la suppression d'une autre hémorragie habituelle ; mais elle ne nous semble pas participer, ou très-peu, à l'augmentation du chiffre de la fibrine ; car, pendant l'allaitement, où cette fonction reste quelquefois supprimée pendant six, sept et huit mois, et plus, généralement alors que

la femme est en santé, que la matrice est revenue à son état normal et a cessé d'avoir ses fonctions organiques accrues, activées, alors la fibrine, dans le sang, se trouve plutôt en dessous qu'en dessus de la moyenne physiologique. Si, maintenant, nous nous demandons pourquoi le chiffre de la fibrine est plutôt diminué qu'augmenté dans les trois premiers mois de la grossesse, comme l'ont démontré les analyses que nous avons fait connaître, nous répondrons que cette diminution s'explique 1° par les matériaux que le sang doit fournir à l'œuf pour son développement; 2° parce que, dans les premiers temps de la gestation, telle est en général l'influence de l'utérus gravide sur les fonctions digestives, que celles-ci languissent et causent un appauvrissement fibrinaire du sang; 3° parce que, pendant les trois premiers mois de la gestation, tel est le peu de volume de l'œuf, que son influence sur la composition du sang reste nulle.

Ainsi, la grossesse en augmentant le chiffre de la fibrine, dispose cet élément à offrir aussi une augmentation prononcée pendant l'état puerpéral. Andral, comme nous l'avons déjà dit, s'appuyant sur des données recueillies chez quelques animaux domestiques, suppose que cet excès de fibrine dans le sang des femmes enceintes continue pendant quelque temps encore après l'accouchement; et Felix Hatin (1) dit qu'il a trouvé sur deux femmes, dont les accouchements avaient été laborieux, un chiffre de fibrine exagéré.

Outre la cause prédisposante que nous venons d'indiquer, il doit aussi exister des causes occasionnelles, car nous avons trouvé que pendant l'accouchement le chiffre de la fibrine augmentait, et qu'il atteignait son plus haut degré d'élévation pendant l'époque puerpérale. Quelle est la cause de son augmentation pendant le travail? Quelle est la cause de son augmentation pendant l'époque des couches? Pendant le travail, existent deux puissants motifs d'augmentation de cet élément, savoir : l'un consiste dans les nombreux et violents efforts musculaires de l'utérus et de tous les muscles de la vie de relation qui concourent à l'acte de la parturition, et qui, sous le rapport de l'influence de leur action sur le sang, équivalent au

(1) *Recherches expérimentales sur l'hémaleucose, ou coagulation blanche du sang, vulgairement appelée couenne inflammatoire* (*l'Esculape*, 1840).

moins à l'exercice gymnastique le plus violent, le plus exagéré. Or, des faits répétés sont venus donner la preuve que l'influence de ce genre d'exercice sur le sang était d'y déterminer une augmentation de la fibrine. L'autre consiste dans l'activité exagérée des fonctions organiques de la matrice, dans cet état d'excitation si voisin de l'état inflammatoire. Quelle est la cause de son augmentation pendant l'époque des couches? Après le travail de l'accouchement, la matrice plus ou moins irritée par les nombreux efforts qu'elle a dû faire; irritée par le décollement du placenta qui, au lieu de son insertion, laisse sur la surface interne de l'utérus une véritable plaie suppurante; irritée par les contusions, les froissements, quelquefois les érosions, les déchirures qui ont lieu pendant la parturition, elle se trouve dans un état si voisin de l'inflammation, qu'il n'est pas surprenant, à l'intensité près, qu'elle n'ait sur le sang cette influence qui donne lieu à une augmentation de la fibrine. Et cette influence se trouve favorisée par l'état d'irritation dans lequel se trouvent aussi les annexes de l'utérus, et, généralement, toutes les parties qui concourent à l'accomplissement de l'importante fonction de l'accouchement. L'écoulement sanguin plus ou moins abondant qui accompagne et suit la délivrance et a pour premier effet de diminuer le chiffre des globules sans altérer celui des autres principes constituants du sang, contribue à donner à la fibrine, proportionnellement aux globules, un chiffre plus élevé.

Influence de l'augmentation de la fibrine sur les phénomènes physiologiques de l'état puerpéral. Ce n'est pas sans but d'utilité que, dans le sang des nouvelles accouchées, la nature crée une augmentation de fibrine. Sans un tel état du sang, les fonctions puerpérales pourraient-elles s'accomplir convenablement? L'écoulement lochial se ferait-il régulièrement? La fièvre de lait aurait-elle lieu? Les sueurs puerpérales se manifesteraient-elles? L'utérus, les mamelles et la peau n'ont-ils pas besoin de cette augmentation pour recevoir du fluide sanguin ce degré d'excitation nécessaire à l'accroissement d'activité de leurs fonctions, à l'établissement de la sécrétion laiteuse? Le raisonnement nous porte à le croire; en effet, l'utérus a bien été irrité par le travail de l'accouchement, mais pour que cet organe récupère son état normal, pour que la sécrétion qui s'établit à sa surface

interne offre la marche, la durée et la quantité nécessaire au retour de l'économie entière vers l'état physiologique, il a besoin que cette espèce d'irritation traumatique qui résulte du travail de l'accouchement, et qui sans être soutenue ne serait que passagère, soit entretenue, pendant le temps nécessaire, par un stimulus naturel et proportionné à ce besoin. La fièvre de lait manque si rarement, elle précède et accompagne si constamment cette fluxion mammaire qui marque l'établissement de la sécrétion laiteuse, qu'on la considère, avec raison, comme utile si pas comme nécessaire à l'accomplissement de cette fonction. A quoi pourrait-on attribuer cette fièvre, si ce n'est à un état particulier de l'économie? Et l'augmentation de la perspiration cutanée, les sueurs puerpérales, qu'une turgescence bien évidente de l'enveloppe extérieure du corps précède et accompagne, ne sont-elles pas encore une dépendance de cet orgasme général de l'économie qui fluxionne aussi la peau? Or, d'où peut dépendre cet état particulier de la femme sous l'influence duquel se manifestent ces divers phénomènes? Il dépend, selon nous, de l'élévation du chiffre de la fibrine dans le sang des nouvelles accouchées. La fibrine, en effet, est l'élément du sang qui semble le plus propre à déterminer cette fièvre, cet orgasme général qui fluxionne la peau et les mamelles, qui, là, donne lieu aux sueurs, ici, à la sécrétion laiteuse. L'augmentation de l'élément spontanément coagulable du sang donne à ce fluide une qualité excitante, susceptible d'entretenir dans l'utérus ce degré d'activité nécessaire à la régularité de la sécrétion lochiale. Et pourquoi ne pas attribuer ces qualités à un sang qui contient un chiffre si élevé de fibrine? Une semblable composition de ce fluide ne touche-t-elle pas à celle que lui donnent les phlegmasies aiguës? Et si jusqu'à présent il n'est pas encore bien démontré qu'un sang riche en fibrine puisse, dans certains cas, devenir cause prochaine de phlegmasie, au moins il est évident qu'il favorise le développement de ce genre de maladies, qu'il les rend plus intenses et plus aiguës, qu'ainsi il participe et à la réaction générale qu'elles occasionnent, et à l'irritation locale qui les caractérise.

Mais cette élévation du chiffre de la fibrine dans le sang des nouvelles accouchées va en diminuant aussitôt que les fonctions puerpérales sont bien établies; cette diminution se fait graduellement, et ce n'est qu'à la fin de

l'époque puerpérale que le sang, comme les solides, récupère sa composition normale. Quelle peut être la cause de la diminution progressive du chiffre de cet élément? Les pertes qui ont lieu par les sécrétions cutanées, laiteuses et lochiales nous semblent suffisamment rendre raison de cette diminution. On objectera peut-être que, chez certaines femmes, les sueurs manquent ou sont presque insignifiantes; que chez d'autres, la sécrétion laiteuse n'a pas lieu; qu'il en est enfin qui n'ont pas de lochies. A cela nous répondrons que, lorsque les sueurs manquent, les autres sécrétions y suppléent; que ce n'est que très-exceptionnellement que la sécrétion laiteuse n'a pas lieu, et que, lorsqu'il y a agalactie, la sécrétion lochiale offre plus d'abondance et de durée. En résumé, c'est la sécrétion lochiale qui, relativement à la santé de la femme, est la plus nécessaire et la plus utile; les autres peuvent manquer, sans que l'état sanitaire de la femme en souffre; celle-ci ne manque et ne se supprime jamais impunément; elle sert non-seulement à rejeter hors du corps une partie des liquides, voire même des solides qui sont en exubérance dans la matrice, mais encore elle est une des voies principales par où le sang se débarrasse de son excès de fibrine; de là viennent les dangers de sa suppression et les inconvénients de son peu d'abondance ou de durée. Des auteurs ont prétendu que certaines femmes avaient offert une absence complète de lochies; mais, outre que les faits de cette nature sont excessivement rares, il est encore permis de douter de leur véracité : pour ma part, je n'y crois pas; j'admettrai qu'elles peuvent être plus ou moins abondantes, qu'elles peuvent offrir une durée plus ou moins longue selon les individus, selon d'autres circonstances encore, mais que leur défaut d'existence est contraire à ce que nous connaissons de l'utérus au moment de l'accouchement. On pourrait aussi objecter que chez les animaux où il n'y a pas de lochies, l'excès de fibrine qui se rencontre dans leur sang, diminue. Je répondrais que, dans l'espèce animale, le chiffre de la fibrine, proportionnellement au chiffre de l'état normal, offre en plus, une différence moins grande que chez la femme, et que par conséquent, il suffit que la cause productrice ait cessé, pour que cet élément aille en diminuant jusqu'à ce qu'il ait récupéré son chiffre normal.

Influence de l'excès de fibrine sur les phénomènes pathologiques de l'état puerpéral. L'élévation du chiffre de la fibrine chez les femmes en couches, est, comme nous venons de le voir, compatible avec l'état de santé; elle est nécessaire et utile à l'établissement et à l'accomplissement des fonctions puerpérales; mais, ici comme en beaucoup de circonstances, le mal est à côté du bien. En effet, cette augmentation dans le sang de la nouvelle accouchée, de l'élément spontanément coagulable de ce fluide, le rend phlogistique, c'est-à-dire qu'elle lui donne des qualités telles qu'il dispose l'économie entière aux phlegmasies aiguës; qu'il favorise singulièrement la disposition que peuvent offrir certains organes à ce genre de maladie; que peut-être par le fait seul de cette augmentation, il peut donner lieu à la phlogose; qu'enfin il rend plus intenses, plus aiguës, plus dangereuses, plus opiniâtres les inflammations qui viennent à se manifester pendant la durée de cet état de composition sanguine.

Et si un chiffre élevé de la fibrine dans le sang de la femme en couches est chose physiologique utile, nécessaire même, l'on comprend que, pendant cette période, son abaissement constituera une modification dans la composition de cette humeur susceptible de devenir cause de certaines affections pyrétiques et hémorragiques, où, au moins, d'offrir avec ces états pathologiques une liaison plus ou moins constante et toujours fort importante.

Quelques cas de phlegmasies puerpérales avec analyse du sang. Depuis que nous nous sommes occupés spécialement de l'état puerpéral de la femme, nous n'avons laissé perdre aucune occasion d'analyser le sang des saignées que nous avons pu pratiquer tant dans l'état physiologique que dans l'état pathologique. Lorsque nous donnerons la description des maladies de cette époque, nous ferons connaître les analyses qui les concernent; mais nous avons recueilli quelques cas de phlegmasies qui se sont manifestées pendant le temps de couches et qui, à proprement parler, ne font pas partie de la pathologie de cette période, et qu'à cause de cela, nous allons rapporter ici. Dans tous ces cas, nous avons employé la saignée et analysé le sang, et, sous le rapport des globules et de la fibrine, les résultats de ces analyses ont offert un rapprochement remarquable.

Si, dans les phlegmasies puerpérales, le chiffre de la fibrine augmentait proportionnellement à ce qui a lieu dans semblables circonstances de l'état de vacuité, où, généralement, la moyenne de la fibrine oscille entre 6 et 8, descend exceptionnellement à 4, et monte exceptionnellement à 10, pour offrir communément 5 comme minimum et 9 comme maximum, il en résulterait une élévation excessive du chiffre de cet élément chez les nouvelles accouchées; ainsi, sa moyenne oscillerait entre 7,6 et 9,6; son minimum serait de 6,6, et son maximum de 20,6. Tels ne sont pas les résultats que nous avons obtenus, ainsi qu'on va le voir : aussi, sommes-nous porté à croire que l'accroissement de la fibrine dans les phlegmasies puerpérales offre des chiffres analogues à ceux que, dans les mêmes circonstances pathologiques, donne l'état de vacuité; il ne serait donc pas en proportion du chiffre passager qu'elle offre dans l'état puerpéral physiologique. Nous ferons remarquer cependant que ce que nous avançons ici, repose encore sur un trop petit nombre de faits pour pouvoir en déduire des conséquences générales; ce ne peut être tout au plus qu'une vérité entrevue qui a besoin de la sanction de l'expérience pour avoir force de loi.

Sixième observation. *Mastite aiguë terminée par suppuration.* — J'ai saigné la femme L...., de P...., grande, fortement constituée, tempérament sanguin, le 1er mars 1847. Cette femme s'était accouchée naturellement le 11 février de la même année; les suites de couches avaient été heureuses. J'ai eu recours à cette espèce d'évacuation sanguine pour combattre une inflammation aiguë de la glande mammaire gauche qui menaçait de se terminer par suppuration, et qui, malgré cette indication, a suppuré. Le sang a offert les qualités physiques et chimiques suivantes : caillot de volume et de consistance médiocres, surmontés d'une couenne parfaite, de l'épaisseur d'une pièce de 2 francs, teinte légèrement par de l'hématosine. Sérum limpide. Ce sang, par l'analyse chimique, a offert :

en sérum	en globules	en fibrine	en eau	en matériaux solides	en albumine
862,9	131,7	5,3	780,4	82,5	46

L'époque éloignée de l'accouchement (vingtième jour) est probablement cause qu'ici le chiffre des globules a dépassé la moyenne de l'état physiologique. Et, malgré l'existence d'une phlegmasie aiguë avec fièvre, l'on voit que le chiffre de la fibrine a à peine dépassé

le minimum de ce que l'on observe, en état de vacuité, lorsqu'il existe une semblable affection.

Septième observation. *Érysipèle de la face pendant l'état puerpéral.* — La femme Auguste S....., de D....., âgée de trente-trois ans, de taille moyenne, d'un embonpoint assez considérable, d'un tempérament lymphatique, complexion strumeuse, ménagère peu aisée, vient d'accoucher de son second enfant (douzième jour des couches). Avant sa grossesse, elle a éprouvé diverses ophthalmies scrofuleuses ; dans son jeune âge, elle eut aux jambes une maladie érysipélateuse qui lui a laissé, dans ces parties, un gonflement induré du tissu cellulaire sous-cutané, ce qui ne l'empêche pas, cependant, d'aller et venir et de faire sa besogne. Sa grossesse fut heureuse; mais, pendant sa durée, elle a eu à supporter bien des menaces et des mauvais traitements de son mari, dont la jalousie est portée jusqu'à la monomanie. Elle est accouchée le mercredi, 6 janvier 1847. Le travail de l'accouchement fut naturel, mais douloureux, pénible et long. Elle a perdu peu de sang; les lochies ont assez bien coulé pendant sept à huit jours ; le lait, quoique son enfant mourut en naissant, est venu aux mamelles, que l'on a tirées jusqu'à cette heure, et dont la sécrétion, malgré cette succion artificielle, a été en diminuant à tel point qu'aujourd'hui elle existe à peine.

Pendant la nuit du 10 au 11 janvier 1847, un chat vint à casser un carreau de sa fenêtre ; elle s'en effraya vivement ; les lochies se supprimèrent momentanément, pour ne plus reparaître ensuite qu'en faible quantité. La nuit suivante, elle fut prise de frissons irréguliers, suivis de fièvre, de suppression des lochies et de diminution de la sécrétion laiteuse ; en même temps, un mal de tête assez violent, occupant le côté gauche de cette partie du tronc, avec sensibilité à la pression, engorgement des ganglions lymphatiques du cou de ce côté, se déclara. Il y eut un peu de délire, de l'anorexie, de la soif.

Du 12 au 18, son état resta à peu près le même, si ce n'est que le délire ne se montra que les trois premières nuits, et que l'appétit, d'abord nul, revint un peu, que l'intensité de la soif diminua, et que la douleur parcourut les diverses régions de la tête et de la partie supérieure de la face. Un régime doux, des boissons de même nature, des lavements, de l'ouate sur les parties douloureuses furent les moyens mis en usage.

Le 18, lorsque je la vis pour la première fois, l'érysipèle occupait l'œil, le front et la tempe gauche : les sécrétions laiteuse et lochiale sont à peu près taries. Il y a fièvre, céphalalgie, peu d'appétit, peu de soif, langue blanchâtre. Je lui pratique une saignée de huit onces. Du reste, même traitement que ci-dessus.

Le 22, l'érysipèle est disparu ; l'appétit revient ; les sécrétions lochiale et laiteuse reprennent un peu d'augmentation ; la langue se nettoye, le pouls n'est plus fébrile ; elle n'éprouve plus qu'un peu de douleur dans le côté gauche de la tête. Mêmes moyens, sans saignée. Vésicatoire au bras gauche.

Le 1er février, elle ne ressentait plus rien de sa maladie ; sa convalescence marchait rapidement vers la santé.

Propriétés physiques du sang.

Caillots volumineux, peu consistants, recouverts d'une couenne parfaite, d'un blanc rosé, de l'épaisseur d'une pièce de 5 francs. Sérum limpide.

Propriétés chimiques.

sérum	globules	fibrine	eau	matériaux solides	albumine
899,4	95,3	5,2	799,1	100,6	90,2

Plus rapproché de l'époque de l'accouchement, ce sang nous a donné beaucoup moins de globules que le précédent ; il est probable que l'influence du flot de sang et des lochies sanguines sur cet élément persistait encore. Il est une autre circonstance digne d'attention, c'est que, quoique la saignée fut pratiquée au douzième jour des couches, les caillots sont restés volumineux et peu consistants, et que le chiffre de la fibrine n'a été que de 5,3. Le tempérament lymphatique, la complexion strumeuse de cette femme, ses nombreux chagrins domestiques, ont-ils contribué pour quelque chose au peu d'élévation du chiffre de la fibrine? Et cet élément du sang, influencé par les causes précédentes, avait-il les qualités ordinaires de la fibrine? Et si elles étaient altérées, n'est-ce pas à cette altération que l'on doit rattacher le peu d'énergie, le peu de rétraction du canevas fibrineux qui a laissé du volume et de la mollesse au caillot?

Huitième observation. *Urticaire, bronchite capillaire, hydropisie.* — La femme P.... R...., de P...., est grande, d'un médiocre embonpoint, lymphatico-sanguine, ménagère peu aisée. Elle s'est accouchée naturellement le 14 février 1847. La délivrance fut suivie d'un flot de sang assez considérable. Le lendemain elle a eu quelques tranchées utérines, suivies de l'expulsion de plusieurs caillots sanguins. La fièvre de lait fut légère.

Le 16, elle offre un peu d'urticaire ; de plus elle est atteinte d'une bronchite capillaire qui lui donne de la fièvre et la fait beaucoup tousser. Je la vois le 17, troisième jour des couches ; alors le fond de l'utérus dépasse de deux travers de doigt le bord supérieur des pubis ; la bronchite et la fièvre persistent. Je lui pratique une saignée, dont voici les propriétés physiques et chimiques : sérum limpide et abondant, ressemblant presque à de l'eau claire : caillots peu volumineux, consistants, surmontés d'une couenne parfaite, rétractée, gris-blanchâtre, de l'épaisseur d'une pièce de 5 francs.

Propriétés chimiques.

sérum	globules	fibrine	eau	matériaux solides	albumine
880,2	114,2	5,5	805,1	76,7	4,2

L'analyse de ce sang nous montre plusieurs particularités importantes. La première, c'est le chiffre de la fibrine qui ne semble pas avoir été influencé par la bronchite capillaire, laquelle, à la vérité, n'était que commençante, et qui, pour ce motif, aurait bien pu n'avoir pas encore occasionné une augmentation du chiffre de cet élément au moment où nous avons pratiqué la saignée; car, comme Andral l'a plusieurs fois constaté, ce n'est pas dès son origine qu'une phlegmasie exerce son influence sur la composition du sang.

La deuxième, c'est le chiffre extrêmement bas de l'albumine, et, par conséquent, le chiffre fort élevé des matériaux inorganiques, qui, dans ce cas, étaient de 72,5. Nous ne pourrions indiquer la cause de cette variation de composition du sang; nous dirons seulement que cette femme qui, au moment où nous l'avons saignée, n'offrait aucun indice d'hydropisie, a, peu de jours après, offert un œdème assez considérable de la face et des extrémités inférieures, qui a facilement cédé à mesure que les forces revenaient et à l'usage de légers diurétiques. Il n'est pas douteux qu'ici l'hydropisie n'ait été la conséquence de la faible quantité d'albumine contenue dans le sang.

NEUVIÈME OBSERVATION. *Influence fâcheuse de l'excès de fibrine dans le sang sur le lait de la mère.*—La femme D...., de J....., de taille moyenne, d'un embonpoint médiocre, tempérament sanguin, ménagère, s'est accouchée pour la première fois, le 15 février 1847. Son accouchement fut naturel, ses suites furent heureuses. Je l'ai saignée le troisième jour des couches : caillots petits, consistants, fermes, surmontés d'une couenne parfaite, blanchâtre, de l'épaisseur de deux pièces de 5 francs. Sérum abondant, limpide et verdâtre.

Propriétés chimiques.

sérum	globules	fibrine	eau	matériaux solides	albumine
919,1	74	6,9	827,2	91,8	67

Le lait de cette femme fut médiocrement abondant et de même aspect que le lait ordinaire; mais une chose remarquable, c'est que son enfant qui, dans les premiers temps après sa naissance, ne voulut pas prendre le sein, se portait bien; aussitôt qu'il en fit usage, il tomba malade; il lui est survenu une stomatite aphtheuse avec gonflement du ventre, vomissements répétés; il est mort au bout de quelques jours. Dans ce cas, le chiffre élevé de la fibrine n'a-t-il pas procuré au lait une qualité stimulante ou autre qui a occasionné la maladie de l'enfant? Nous n'oserions l'affirmer; mais c'est une idée que nous soumettons aux méditations du lecteur.

E. Du sang dans les hémorragies.

Toute hémorragie diminue à coup sûr la quantité des globules, tandis qu'il faut qu'elle se soit prolongée très-longtemps, ou qu'elle ait été très-abondante pour avoir pu diminuer d'une manière sensible la quantité de fibrine.

Existe-t-il des hémorragies qui soient elles-mêmes le produit d'un changement primitivement survenu dans la composition du sang? Il y a effectivement un certain nombre d'hémorragies dont on ne saurait trouver la cause dans une altération première des solides, et qui sont le résultat d'une modification survenue dans la composition du sang : cette modification consiste dans une diminution absolue ou relative de la fibrine.

Les anciens avaient placé au nombre des causes des hémorragies, un état de dissolution du sang. Or, qu'est-ce que cette dissolution, si ce n'est un état dans lequel le sang contient moins de fibrine que de coutume?

Les hémorragies sont communes dans les maladies où le sang contient peu de fibrine, comme dans les fièvres typhoïdes, puerpérales, le typhus, le scorbut, etc., tandis qu'elles sont rares dans les maladies où le sang contient trop de fibrine, soit d'une manière absolue, comme dans les phlegmasies, soit d'une manière relative, comme dans la chlorose.

La diminution de la fibrine par rapport aux globules, voilà donc la grande condition du sang qui favorise la production des hémorragies. Le rapport de ces deux faits est tellement constant, dit Andral, qu'il me paraît impossible de ne pas regarder l'un comme la cause de l'autre.

Deux états très-différents du sang, dans lesquels persiste la loi de la diminution de la fibrine par rapport aux globules, peuvent favoriser la production des hémorragies. Le premier de ces états est la pléthore; il est d'observation commune que les pléthoriques sont disposés à avoir des hémorragies. Qui ne connaît leurs fréquentes épistaxis et qui ne sait jusqu'à quel point elles leur sont utiles? C'est que, par ces hémorragies, la quantité des globules sanguins diminue, sans que celle de la fibrine s'abaisse; l'équilibre se trouve ainsi spontanément rétabli chez ces individus entre la fibrine et les globules, et alors cessent les hémorragies avec les signes de la pléthore.

Un autre état du sang qui favorise bien plus que le précédent la production d'hémorragies abondantes et répétées, c'est celui dans lequel la fibrine a réellement diminué de quantité, les globules pouvant d'ailleurs avoir conservé leur chiffre normal. C'est ainsi qu'on le rencontre dans le scorbut, cette maladie qui est en quelque sorte le type de toutes celles dans lesquelles on voit survenir un plus ou moins grand nombre d'hémorragies spontanées, et qu'une remarquable altération du sang accompagne, savoir une diminution de la fibrine. Andral a rencontré une semblable altération du sang dans un cas de scarlatine qui s'est terminée par la mort au deuxième jour de l'éruption ; de nombreuses pétéchies avaient couvert la peau ; une exsudation sanguinolente avait eu lieu à l'intérieur de la bouche, et à l'autopsie on trouva dans l'appareil respiratoire les signes anatomiques d'une forte apoplexie pulmonaire. Le sang contenait

en sérum	en globules	en fibrine	en eau	en matières solides	en albumine
865	133	2	784	81	66

Je ne doute pas, dit-il, qu'on ne trouvât aussi la fibrine du sang abaissée au-dessous de son chiffre normal, dans tous les cas bien prononcés de pourpre hémorragique.

§ V. — *Soins à donner à la nouvelle accouchée.*

A. Soins à donner à la femme immédiatement après le travail.

Après la délivrance, l'accoucheur doit s'assurer, par le toucher extérieur et vaginal, si le placenta n'a pas entraîné ou renversé le fond de la matrice, afin d'y remédier sur le champ. Quand tout est dans l'ordre naturel, on fait quelques frictions avec la main sur la région hypogastrique : on les réitère de temps en temps pour exciter l'action de rétraction de l'utérus, favoriser son dégorgement, et l'expulsion des caillots qu'il pourrait contenir ; on laisse pendant quelques instants la femme sur le petit lit où elle est accouchée, afin qu'elle s'y repose un peu, et que l'utérus et le vagin aient le temps de se débarrasser du sang qui s'écoule dans les premiers instants avec abondance et qui salirait les linges dont on va l'envelopper. Ces pre-

miers instants sont d'ailleurs ordinairement consacrés à donner à l'enfant les soins nécessaires. La femme doit rester couchée sur le lit de travail un temps plus long encore, lorsque l'accouchement a été précédé ou suivi de syncope, d'hémorragie, ou de tout autre accident, de même que lorsqu'on a lieu de craindre quelque accident semblable; mais il faut qu'elle y soit proprement, ce qu'on obtient en substituant des linges secs à ceux qui sont mouillés. Elle doit être couchée horizontalement, les cuisses rapprochées et allongées, peu couverte et dans le repos le plus absolu du corps et de l'esprit.

Au bout d'une demi-heure à peu près, on s'occupe spécialement de l'accouchée. On lave d'abord les parties génitales et la partie supérieure des cuisses, avec de l'eau tiède, limpide, ou mêlée d'un peu de vin, puis on essuie avec des linges bien secs et chauffés. On débarrasse la femme de tous les vêtements qu'elle portait pendant le travail et qui sont salis par la sueur, les écoulements et les matières fécales, puis on les remplace par des vêtements bien secs, bien chauffés. Leur forme est peu importante; il suffit qu'ils soient assez larges pour ne gêner en aucune façon, et pour que l'accouchée puisse en changer aisément et promptement. On doit mettre dans cette toilette la plus grande célérité, afin que la femme soit exposée à l'air le moins longtemps possible. Il faut mettre un soin particulier à bien vêtir les bras et la poitrine, afin que pendant le jour au moins, ces parties puissent être tenues découvertes sans trop d'inconvénients.

Après tous ces préparatifs, la femme sera transportée dans le lit où elle doit rester pendant ses couches. Beaucoup de femmes se sentant bien, veulent marcher de leur lit de misère à leur lit de repos. C'est une imprudence à laquelle l'accoucheur doit s'opposer de toute son autorité. Le lit sur lequel on transporte la femme aura été préalablement chauffé et garni d'alèzes suffisantes et faciles à changer. Les couvertures ne doivent pas être plus nombreuses ou plus épaisses que celles que la femme employait avant sa grossesse.

On a l'habitude d'entourer l'abdomen avec un bandage de corps modérément serré. Les femmes attachent, pour la plupart, une grande

importance à cette précaution qui, dans leur idée, doit les mettre à l'abri des rides et des plis sur la peau du ventre, et empêcher celui-ci de rester trop volumineux; on peut céder à ce désir, d'autant plus volontiers que ce bandage, modérément serré, supplée à la pression que les parois abdominales n'exercent plus, qu'il prévient l'afflux et la stase des fluides, l'engorgement des parois utérines, la dilatation de la cavité de ce viscère, et le relâchement des parois abdominales, et qu'il a enfin l'avantage d'obvier aux syncopes et de diminuer un peu les tranchées utérines. Mais, pour qu'il ait tous ces avantages, il faut qu'il soit assez large pour comprimer bien également toute la région sous-ombilicale. Il faut surtout éviter qu'en se roulant sur lui-même, il ne forme une espèce de corde circulaire qui, s'opposant au retour facile des liquides, deviendrait alors la cause d'hémorragie.

Quelques femmes, mais toujours par un sentiment de coquetterie et dans le but de prévenir le gonflement considérable des mamelles, et surtout leur mollesse et leur flaccidité qui en sont la conséquence, veulent aussi comprimer ces organes par un bandage de corps assez fortement serré. Quelques-unes même appliquent sur leurs seins des topiques astringents, dans le but de s'opposer à une sécrétion laiteuse trop abondante. Ce sont des moyens qu'il faut proscrire d'une manière absolue, car ils peuvent être très-dangereux. On doit se contenter de recouvrir ces organes de manière à les mettre à l'abri du contact de l'air, et d'y entretenir une chaleur convenable.

B Soins à donner à la femme en couches.

On doit placer l'accouchée dans une chambre vaste, bien aérée, modérément chaude et exempte d'odeurs bonnes ou mauvaises. En été, on aura soin d'ouvrir chaque jour portes et fenêtres. Pendant qu'on renouvelle l'air de l'appartement, on aura soin de couvrir l'accouchée et de fermer les rideaux, pour que les courants d'air n'aient pas accès auprès d'elle. Le reste du temps, les rideaux ne seront pas fermés. La chambre doit être tenue très-propre; on doit veiller avec soin à ce qu'on enlève sur le champ les urines, les excréments et le linge sale. Les parties génitales doivent être souvent nettoyées avec de l'eau tiède ou quelque décoction émolliente. Ces

ablutions fréquentes ont encore pour avantage de calmer l'inflammation de ces parties, contuses pendant le travail. On se sert le plus souvent de lait coupé avec une décoction de cerfeuil.

Les femmes ne doivent faire aucun exercice les premiers jours. On ne doit faire leur lit que le lendemain de la fièvre de lait; pendant ce temps, elles doivent rester couchées sur le lit où on les a portées. Le lit pourra ensuite être fait tous les jours. Il est très-important que la femme ne se lève pas avant le neuvième jour. Chez les femmes aisées et qui peuvent, sans nuire en rien à leurs intérêts, s'isoler plus longtemps de toute affaire, il faut exiger qu'elles gardent le lit pendant les quinze premiers jours. A cette époque seulement la malade sera portée sur un fauteuil, où elle restera assise pendant une heure ou deux, puis le lendemain durant deux ou trois heures. Le troisième jour de son lever, elle essayera ses forces en faisant quelques tours dans sa chambre, puis dans son appartement. Il est prudent qu'elle ne sorte pas, surtout en hiver, avant le quinzième ou vingtième jour. Cette première sortie doit se faire en plein air et au milieu de la journée. La plupart des femmes, mues par un sentiment religieux, vont à l'église lors de leur première sortie; ces temples étant toujours humides et froids, elles en reviennent souvent avec le germe d'une maladie inflammatoire qui ne tarde pas à se développer. Le médecin doit conseiller de renvoyer cette cérémonie religieuse, appelée les *relevailles,* à une époque plus reculée.

Les aliments que l'on donne aux femmes en couches doivent être doux et de facile digestion. Les deux premiers jours, il ne faut en général accorder que deux ou trois potages pendant le jour, et quelques bouillons pendant la nuit. Pour peu que la fièvre de lait soit intense, la malade doit observer une diète absolue pendant sa durée. On pourrait donner quelques bouillons, si la réaction générale était peu forte. Après la fièvre de lait, on augmente graduellement la quantité d'aliments, de manière à ce que vers le douzième ou quinzième jour, la femme ait repris ses habitudes ordinaires. On doit être plus sévère pour le régime avec les femmes qui ne nourrissent pas, surtout quand les seins restent engorgés ou douloureux.

Pendant toute la durée des couches, la femme doit faire usage, pour

boisson ordinaire, d'une tisane délayante, légèrement sucrée et aromatisée. Une solution de gomme, une infusion de mauve, de violette, de tilleul, de feuilles d'oranger, de camomille, etc., sont les tisanes les plus usitées. Les acidules ne doivent pas être accordés aux femmes qui allaitent. Au bout de sept à huit jours, la plupart des femmes demandent au médecin une tisane pour faire passer le lait. Le plus souvent c'est une précaution inutile; mais l'on doit ici céder au préjugé généralement répandu, afin de se mettre à l'abri de tout reproche. La canne de Provence, l'infusion du houblon, la pervenche, etc., jouissent, comme anti-laiteux, d'une grande réputation. La canne de Provence étant à peu près inerte sera, par cela même, préférée par le médecin.

L'excitabilité du système nerveux est telle chez les nouvelles accouchées, qu'on doit éviter avec le plus grand soin toute émotion morale vive, éloigner d'elles tout ce qui pourrait vivement les impressionner.

L'absence de garde-robes jusqu'à l'époque de la fièvre de lait, n'est pas un accident qu'on doive combattre. Mais si la constipation persiste plusieurs jours après, on peut donner à la femme des lavements d'abord simples, puis rendus légèrement laxatifs par l'addition d'une à deux onces de miel mercuriel, ou une décoction de follicules de séné. Si ces moyens ne suffisent pas, on administre par la bouche un léger laxatif. Le plus communément employé est le suivant : Loch blanc, une once, huile de ricin et sirop de limon, de chaque une demi-once à une once.

On pourrait encore employer le sel de duobus (sulfate de potasse) à la dose de dix-huit à trente-six grains dissous dans les boissons. L'huile de ricin, que les malades n'avalent qu'avec une très-grande répugnance, est assez facilement prise par elles quand on la mélange à une tasse de bouillon gras, aussi chaud qu'elles peuvent le supporter.

Les tranchées utérines sont quelquefois assez intenses pour attirer l'attention du médecin; considérées comme utiles par beaucoup de jeunes femmes, elles sont tellement incommodes qu'il serait certainement sage de chercher à les prévenir. On y parvient souvent, dit Dewes, en prenant les précautions suivantes : 1° ne rompre les membranes que lorsque le col est complétement dilaté; 2° après l'expulsion de la tête, ne faire aucune

traction, et laisser l'utérus expulser les épaules et le tronc; 3° n'opérer l'extraction du délivre, qu'après s'être assuré de la rétraction complète de l'utérus; 4° enfin, après la sortie du placenta, solliciter, irriter la matrice afin de forcer les fibres musculaires à se contracter autant que possible. Il est facile de comprendre que ces moyens n'agissent qu'en opérant la rétraction lente et complète des parois utérines au fur et à mesure que les parties qu'elles contenaient sont expulsées.

Si ces tranchées sont peu marquées, il n'y a rien à faire; si, au contraire, elles ont une grande intensité, le médecin ne peut pas rester inactif : on commencera par appliquer des cataplasmes émollients et bien chauds sur le ventre et la vulve (bien entendu qu'on n'aurait pas recours à ce moyen, si la femme avait eu une perte, ou en était menacée). On pratiquera quelques lotions laudanisées sur le ventre, et on arrosera les cataplasmes avec du laudanum : on pourra également donner un lavement de vingt à quarante gouttes de laudanum de Sydenham dans une aussi petite quantité de véhicule que possible. Un moyen dont M. Dewes dit avoir retiré de grands avantages, c'est la potion suivante :

℞ : Solution de gomme arabique ʒ vj
Camphre . . . . . 72 grains.
A prendre une cuillerée toutes les heures.

Lorsque la potion est difficilement prise par la malade, il la remplace en administrant toutes les heures ou toutes les demi-heures dix grains de camphre en poudre, qu'il mélange avec un sirop quelconque. Si les tranchées étaient accompagnées de phénomènes de pléthore générale, on devrait pratiquer une saignée du bras. Enfin, si on soupçonnait la présence de caillots volumineux, ou de quelques restes des membranes dans la cavité utérine, on porterait un ou deux doigts dans le col, dans le but de favoriser leur expulsion. Peut-être est-ce dans ce dernier cas seulement qu'a réussi le seigle ergoté vanté par Crozat et Velpeau contre les tranchées utérines.

Les lochies sanguinolentes se prolongent quelquefois au delà du terme ordinaire; elles peuvent affaiblir beaucoup la malade, mais la faiblesse n'est alors qu'un effet et non la cause qui entretient l'écoulement sanguin. Ce-

lui-ci peut être produit par une irritation toute locale, entretenue elle-même par une constipation opiniâtre : c'est alors aux laxatifs qu'il faut avoir recours; mais quelquefois il est évidemment lié à une surexcitation générale qui se manifeste par de la chaleur à la peau, la plénitude du pouls, quelques mouvements fébriles vers le soir, de l'agitation pendant le sommeil. Malgré la faiblesse apparente de la malade, il faut bien se garder, dans ce dernier cas, d'avoir recours aux toniques, malheureusement trop souvent employés; c'est, au contraire, une médication antiphlogistique modérée qui convient. Une légère saignée du bras, de doux laxatifs, une alimentation végétale et peu abondante, seront conseillés avec succès. On aura soin de proscrire toute boisson excitante ou même tonique; et ce n'est qu'après avoir calmé cette irritation générale, qu'on s'occupera de relever les forces de la malade par des moyens appropriés.

Dans quelques cas, rares pourtant, cette persistance de l'écoulement sanguin semble être entretenue par la débilité générale. L'absence des phénomènes généraux, dont nous venons de parler, permettra de recourir de suite à la médication tonique.

Les lochies blanches ou purulentes deviennent parfois très-abondantes, et acquièrent en même temps une odeur extrêmement désagréable. L'écoulement cesse d'être coloré par du sang, mais il se présente sous l'aspect d'une eau roussâtre qui coule en grande quantité, et quelquefois même s'échappe par jet. Souvent ces eaux sont tellement âcres, qu'elles irritent et enflamment les parties sur lesquelles elles coulent. Les femmes sont presque toujours très-affaiblies par cette évacuation, et l'état général réclame évidemment l'emploi des toniques; les parties irritées seront souvent lotionnées avec de l'eau tiède; des injections de camomille, rendues plus tard un peu plus astringentes, seront poussées dans le vagin cinq ou six fois par jour. On pourrait aussi y mélanger avec avantage quelques cuillerées de chlorure de sodium.

La suppression des lochies bien avant l'époque où elles cessent ordinairement, n'est un phénomène fâcheux que lorsqu'elle semble se lier au développement d'une affection inflammatoire grave, ou qu'elle est remplacée par une hémorragie supplémentaire : elle doit alors appeler toute l'attention du

médecin; mais dans le cas contraire, dit Cazeaux (1), on ne doit pas s'en inquiéter, car elle est la preuve d'une violente et rapide rétraction des parois utérines, ce qui est une condition favorable.

La sécrétion laiteuse, chez les femmes qui ne nourrissent pas, peut aussi être la cause d'accidents qu'il faut prévenir ou combattre. On doit éviter soigneusement tout ce qui peut contribuer à augmenter la sécrétion du lait, telles qu'une nourriture trop succulente, des boissons trop abondantes. On applique sur les seins une serviette chaude et mollette que l'on renouvelle aussitôt qu'elle est mouillée, ou bien des étoupes fines, et, mieux encore de l'ouate. Ces moyens excitent la transpiration et maintiennent la chaleur de la partie. Si, du reste, le lait abandonne peu à peu les mamelles, il faut tout confier à la nature. « Si les seins se gonflent, dit Cazeaux (2), il faut tâcher de faciliter l'écoulement par les mamelons à l'aide de cataplasmes émollients, ou de les désemplir par la succion. » En cas pareils, si la succion n'a pas encore eu lieu, nous la déconseillons; nous tâchons, autant par le régime et les boissons antiphlogistiques que par les cataplasmes émollients sur les organes sécréteurs du lait, à prévenir l'établissement de la fonction mammaire; alors, il est vrai, nous voyons les seins se fluxionner, acquérir un volume considérable; mais au bout d'un ou deux jours, cet état congestif diminue, et, en peu de temps, la résolution est complète. Alors, nous avons remarqué qu'une augmentation dans la sécrétion lochiale suppléait à cette absence de sécrétion laiteuse. Quelques auteurs conseillent de recourir aux lotions laudanisées pour calmer les douleurs, et à l'emploi des sudorifiques et des purgatifs employés comme révulsifs. Parmi les diaphorétiques les plus employés, on cite le thé léger, une infusion de pariétaire, de bourrache. Les purgatifs sont les mêmes que ceux que nous avons indiqués précédemment. Parmi les médicaments qui ont été vantés comme lactifuges, dit Désormaux, le petit-lait de Weiss est le seul qui soit encore en usage. J'ai vu, dit-il, une dame employer avec succès un liniment avec l'ammoniaque. Selon Nenter, l'expérience prouve que les ventouses appliquées au dos diminuent l'abondance du lait. Van Swieten dit avoir vu

(1) Ouvrage cité, page 310. — (2) Ouvrage cité, page 310.

une galactirhée céder à l'usage d'une forte infusion de sauge à la dose d'une à deux onces toutes les trois heures.

La plupart des femmes veulent être purgées à la fin du temps des couches. Sans doute, lorsque le médecin découvre une contre-indication formelle à l'administration d'un purgatif même léger, il ne doit pas céder au désir de la malade. Mais, dans le cas contraire, il doit, dans l'intérêt de sa réputation, et pour éviter plus tard d'injustes reproches, purger légèrement la nouvelle accouchée. Cette conduite sera même pour lui obligatoire, si la langue est large, blanchâtre, jaune ou verdâtre, la bouche amère ou pâteuse, s'il n'y a pas d'appétit. L'eau de Sedlidtz, l'huile de ricin, sont encore les médicaments qu'il faudrait préférer dans ce cas.

DEUXIÈME PARTIE.

PATHOLOGIE DE L'ÉTAT PUERPÉRAL.

« On ne peut pas dire, écrit Desormaux (1), qu'il y ait des maladies absolument particulières aux femmes en couches ; mais la condition spéciale que présente leur économie, qui est produite par les modifications causées par la grossesse et qui subsiste encore, par les phénomènes de l'accouchement, et par les évacuations qui existent alors, rend chez elles certaines maladies plus fréquentes, et leur imprime un certain caractère. » Nous ne partageons pas entièrement les idées du savant professeur de Paris ; nous croyons, contrairement à ce qu'il avance, que l'état puerpéral offre des maladies qui lui sont particulières, qui lui appartiennent, et que l'on ne rencontre qu'exceptionnellement dans d'autres conditions de la vie : ainsi la fièvre puerpérale, la métrite, la péritonite

(1) *Dict. de méd.*, tome 6, page 125.

des nouvelles accouchées; les phlegmons du bassin suite de couches; la phlegmatia alba dolens; les déplacements utérins; le renversement de la matrice ; certaines métrorragies ; beaucoup d'affections mammaires. Il en est d'autres qui, pour être plus fréquentes en d'autres circonstances, se rencontrent cependant encore assez souvent dans cette période pour que les auteurs se soient accordés à les ranger parmi les affections habituelles des femmes en couches: si celles-ci, comme on le verra par la suite, ne sont pas particulières à l'état puerpéral, elles en reçoivent au moins une telle modification dans leur début, leur développement, leur marche, leur terminaison, leur gravité et leur thérapeutique, que l'on pourrait encore, pour ainsi dire, les y rattacher : ce sont l'hystéralgie; les hémorroïdes; les fissures anales; les troubles dans les fonctions vésicales; la pneumonie; le goître; certaines affections cérébro-spinales et mammaires.

Dans l'état puerpéral de la femme, où certains organes viennent de subir de si grandes modifications physiques; où certaines fonctions physiologiques nouvelles viennent à s'établir; où le sang offre, dans les proportions relatives et absolues des matériaux qui entrent dans sa composition, de si grandes différences avec son état physiologique; où le système nerveux, surexcité par la grossesse et le travail, est bien plus irritable, plus impressionnable; où, pour ainsi dire, tous les organes, toutes les fonctions de l'économie, ses matériaux solides comme ses matériaux liquides, sont sous le poids des modifications qu'il ont reçues de la grossesse et de l'accouchement, et qu'ils reçoivent des divers phénomènes puerpéraux, l'on comprend que, dans de semblables conditions, la femme est bien propre à recevoir l'influence fâcheuse des causes morbides qui, en d'autres circonstances, pourraient agir impunément sur elle. Elle offre alors une telle disposition maladive, qu'en l'étudiant dans cet état, ce qui m'a le plus frappé c'est qu'elle ne soit pas plus fréquemment atteinte de l'une ou de l'autre des maladies puerpérales.

Comme en d'autres conditions de sa vie, la femme est, pendant l'époque puerpérale, sujette aux autres maux qui peuvent affliger l'espèce humaine, et qui, plus rares que les précédentes, n'en éprouvent pas moins l'influence de l'état de couches dont ils portent le cachet pathologique et thérapeu-

tique. Nous ne nous étendrons pas plus longuement sur ces affections, persuadé que ce que nous dirons des maladies puerpérales suffira pour en faire l'application à tout le cadre nosologique.

Plusieurs des affections appartenant à la grossesse et au travail de l'accouchement, par leur cause et leur origine, se prolongent dans l'époque puerpérale. Pour en traiter ici, nous serions obligés de nous étendre sur toutes les affections de l'état de gestation et du travail de la parturition; ce qui nous conduirait à de trop longs développements, et nous éloignerait du but de la question que nous avons entrepris de résoudre.

Comme la fièvre de lait est plutôt un effort, un travail forcé de la nature pour établir une nouvelle fonction, la sécrétion laiteuse, qu'un état maladif; comme les tranchées utérines font plutôt partie des fonctions dévolues à la matrice immédiatement après qu'elle s'est débarrassée du fruit qu'elle renfermait, que d'appartenir à l'une ou l'autre de ses altérations fonctionnelles ou organiques, nous avons cru convenable de traiter de l'une et des autres, en donnant la description physiologique de l'état puerpéral. Nous allons, cependant, donner quelques généralités pathologiques sur les lochies et la sécrétion laiteuse, afin d'éviter les répétitions nombreuses auxquelles nous serions exposé en parlant des causes, de la nature et de la thérapeutique des maladies puerpérales. Et, comme ce que nous allons dire des sécrétions laiteuse et lochiale pourra s'appliquer aux sueurs des femmes en couches, nous tairons ce qui concerne la perspiration cutanée.

Depuis longtemps la suppression des lochies est regardée comme un accident très-fâcheux, pouvant être la source des maladies les plus graves. En effet, ne voit-on pas souvent des phlegmasies survenir après la suspension brusque d'un flux hémorroïdal, cataménial, d'un épistaxis habituel, etc. Pourquoi, dans certains cas, n'en serait-il pas de même pour l'écoulement des lochies? L'analogie est assez frappante; et l'on ne saurait disconvenir que leur suppression primitive, si elle est brusque, quelquefois même si elle se fait lentement, soit qu'elle soit complète, ou qu'elle soit seulement beaucoup diminuée ou doive être suivie d'un trouble plus ou moins grand dans l'économie, ce n'est pas impunément que l'on fera séjourner dans les vaisseaux utérins, ou que l'on fera refluer dans la

masse générale des humeurs, du sang et autres liquides destinés par la nature à être expulsés au dehors. Que l'action du froid, l'usage des astringents externes, une émotion vive ou toute autre cause, arrête brusquement le cours des lochies, surtout à une époque peu éloignée de la délivrance, il pourra en résulter des accidents très-graves, tels que péritonite, métrite, etc., l'une ou l'autre des affections puerpérales, enfin, à laquelle la constitution médicale régnante ou individuelle, disposerait. On observera, en pareils cas, ce qui a lieu dans toute autre circonstance de la vie : suppression d'un flux sanguin, mucoso-sanguin, ou mucoso-purulent, et développement consécutif d'une phlegmasie, d'une congestion, ou autre affection. La cessation de l'écoulement précède le développement de la maladie, la suppression est donc primitive.

Mais de même qu'un pareil enchaînement peut exister, de même aussi il peut arriver que le développement d'une phlegmasie, pendant la durée d'un écoulement lochial, produise la suppression de cet écoulement. Ne voyons-nous pas, tous les jours, quelque chose d'analogue lors de la fièvre de lait? Il me semble que les choses se passent de la même manière dans la péritonite, etc.

La suppression des lochies est rarement complète, il n'y a souvent que diminution, et plus souvent encore cette diminution ne commence à être sensible que plusieurs heures et même plusieurs jours après l'apparition de la maladie. On voit quelquefois le cours des lochies n'être pas dérangé ou éprouver à peine une légère diminution, pendant toute la durée de la maladie. Dans d'autres circonstances on les voit couler, s'arrêter, reparaître, pour disparaître de nouveau, sans qu'il en résulte aucune influence apparente sur la marche et l'intensité de la maladie, sur sa nature et sa thérapeutique. Les choses se passeraient-elles ainsi si leur suppression était la cause de la maladie?

Les auteurs qui attribuent à la suppression des lochies les maladies puerpérales disent, à l'appui de leur opinion, que la convalescence est précédée du retour de cet écoulement. Cela s'observe quelquefois à la vérité, mais pas aussi souvent qu'on veut le dire. Il est bien plus ordinaire que la guérison ait lieu avant que les lochies reparaissent; et, d'ailleurs, leur retour

ne me paraît pas du tout prouver que leur cessation soit plutôt cause qu'effet. « On voit, tous les jours, dit Baudelocque (1) une maladie violente supprimer une ou plusieurs sécrétions, qui ne se rétablissent qu'après un amendement notable. Ainsi, par exemple, un accès de fièvre se déclare; sur-le-champ la transpiration cutanée, la perspiration pulmonaire, les sécrétions muqueuses, se suspendent; l'haleine est brûlante; la peau, la langue, l'intérieur de la bouche, se sèchent. Au bout d'un temps plus ou moins long, une sueur abondante s'établit; la langue s'humecte, la soif disparaît. Dira-t-on, en pareils cas, que la fièvre a été occasionnée par la suppression de la transpiration cutanée, de la perspiration pulmonaire, des sécrétions muqueuses? Non certainement. On n'est pas plus autorisé à accuser la suppression des lochies, quand cette suppression a lieu après le développement d'une maladie puerpérale. Si les lochies reparaissent, il faut attribuer ce retour à l'amendemeut survenu dans la maladie. »

Il faut ajouter que, chez quelques femmes, il ne se fait aucun écoulement de lochies. Elles sont sèches peu de temps après être accouchées, dit Delamotte, comme avant d'accoucher; et, cependant, leur rétablissement est aussi prompt que dans les cas ordinaires. « J'ai vu, dit Baudelocque, la même chose chez deux femmes, auxquelles j'avais administré, avec le plus grand succès, le seigle ergoté. Les lochies n'ont commencé à couler que le cinquième jour; elles ont été très-peu abondantes, et cependant ces nouvelles accouchées n'éprouvèrent pas le plus léger accident. L'absence de toute fièvre, la souplesse du ventre, son insensibilité à la pression, m'avait laissé dans la plus complète sécurité, bien persuadé avec Mesnard que, si la suppression accidentelle des lochies peut être suivie d'accidents fâcheux, leur suppression spontanée n'entraîne aucun inconvénient. » Les faits contraires se présentent trop fréquemment, pour que cette opinion, de Baudelocque, qui du reste ne repose que sur deux observations, soit acceptée comme règle générale. J'ai fréquemment donné des soins à des femmes dont l'indisposition remontait à l'époque des couches, et qui ne reconnaissaient d'autres motifs à leur dérangement sanitaire qu'une sécrétion lochiale

(1) *Traité sur la péritonite puerpérale*, page 48.

trop peu abondante, ou de trop courte durée. Comment, du reste, en serait-il autrement, lorsque nous savons que cette sécrétion est le principal émonctoire de l'époque puerpérale par où le sang se dépure de la partie de ses éléments qu'il contient avec excès, et au moyen duquel l'équilibre normal se rétablit dans les proportions de ses principes constituants; lorsqu'on sait aussi qu'elle est si utile au retour physiologique des parties solides et liquides de l'organe gestateur.

La théorie de l'influence des lochies sur le développement des maladies puerpérales a, pendant longtemps, exercé une influence fâcheuse sur leur traitement. Combien de fois, dans l'intention de rappeler l'écoulement lochial, l'usage des excitants de toute espèce, sous le nom d'emménagogues, d'aristolochiques, n'a-t-il pas eu pour effet d'aggraver la maladie, en jetant, comme on le dit vulgairement, de l'huile sur le feu! « C'est un bien grand inconvénient de cette doctrine des lochies, dit Delaroche, que la pratique erronée à laquelle elle a conduit les médecins. Combien d'inflammations d'entrailles qui ont été traitées par des remèdes extrêmement irritants, connus sous le nom d'emménagogues, tels que la myrrhe, l'assa fœtida, l'aloës, la scammonée, les aromates les plus chauds, etc.! Et, en conséquence, combien de mères de famille sont mortes victimes du préjugé, tandis qu'un médecin plus sage aurait pu leur conserver la vie! » Les anciens pensaient que, dans le cas de suppression des lochies, le sang et les humeurs accumulés pendant la grossesse retournaient dans le système veineux général, s'y corrompaient, et pouvaient se jeter sur un organe, dont ils pouvaient alors déterminer l'inflammation; d'autres fois, disaient-ils, ils séjournent dans les veines utérines, s'y putréfient de même, et font naître la fièvre.

« *Ac sane absque singulari in physicâ et medecinâ perspicuitate intelligitur fluidorum copiam, constituentes partes et mixtionem, item corporis illius que fonctionum omnem complexum aliter se habere in feminâ, dum ventrem gestat, aliter que, quando vacua est* (1). » Ce changement, indiqué par Boerhaave, et reconnu par une foule d'auteurs anciens

(1) BOERHAAVE. *Natur. medec. obstetri.*, pag. 251.

dans l'état des humeurs de la femme qui a conçu, ou qui est nouvellement accouchée, est un fait que l'on ne peut contester ; mais l'explication, qu'en ont donné les anciens, et, pour bien des cas, les modernes, est loin d'être en harmonie avec les lois physiologiques, avec les faits pratiques, et avec les expériences.

Suivant Puzos et les partisans des métastases laiteuses, aussitôt que la femme a conçu, il s'opère un changement, une révolution dans les humeurs. On trouve dans le sang, du lait qui se porte à l'utérus pour la nourriture de l'enfant. C'est la trop grande abondance, la déviation, et quelquefois la mauvaise qualité de ce lait, qui deviennent la source de presque toutes les maladies qui ont lieu pendant la grossesse et le temps des couches.

Chez beaucoup de femmes grosses, le vagin devient le siége d'une sécrétion plus ou moins abondante de mucus d'un blanc laiteux qui ne se remarque pas en d'autres circonstances. Si l'on ne peut mettre en doute l'existence de ce changement dans les liquides, il en est tout autrement de l'explication donnée par Puzos et autres sur sa nature. Les progrès de la physiologie ne permettent plus de croire aujourd'hui que le lait peut se former dans le sang sans l'action d'un organe sécrétoire. Or, il est bien constant que les organes sécréteurs du lait sont les mamelles ; que ces organes n'entrent en fonction qu'après l'accouchement. Ce serait vouloir se payer d'une bien faible raison que d'opposer à cette vérité l'augmentation du volume des seins pendant la grossesse, surtout dans les derniers temps, et la sécrétion d'une petite quantité d'un liquide blanchâtre qui a plus ou moins les qualités du lait. Ces phénomènes ne doivent être considérés que comme une préparation graduelle à l'accomplissement de la fonction dont ces organes seront bientôt chargés.

Peut-on dire avec Doublet et Selle que si le lait que l'on trouve dans le sang n'est pas aussi bien élaboré que celui qui sort directement des mamelles, c'est au moins une lymphe laiteuse qui a les mêmes qualités et les mêmes usages ; ou bien avec le docteur Amard que c'est de l'albumine ? Aucune expérience ne démontre la vérité de ces assertions qui paraissent seulement fondées sur une apparence extérieure. L'opinion suivante de Sprengel n'est pas plus acceptable : « ***Penuria oxidatarum particularum***

seri lymphatici abundantiæ favet, quæ in membranis serosis colluviem preprimis producit. Cum enixa est fœtum, contracto protinus utero, liberatur pectus, ingens oxigenis copia paratur quo serum lymphaticum abundans ita impregnatur, ut lacteum colorem albumen adipiscatur (1). »

« Je pense, dit Baudelocque (2), qu'aujourd'hui il faut se borner à constater le fait, et que l'on doit s'abstenir de toute explication qui pourrait avoir une influence quelconque sur la thérapeutique des maladies puerpérales. » Nous ne partageons pas cette opinion qui, à la vérité, fut émise en 1830, alors la médecine humorale était généralement vouée au mépris ; depuis que les faits et les expériences ont remplacé les opinions et les théories systématiques, l'on s'est livré à des recherches sérieuses sur l'altération de nos humeurs, particulièrement du sang, sur la part que ces altérations pouvaient avoir dans les affections pathologiques, et l'on est, aujourd'hui, déjà parvenu, par ce moyen, à expliquer bien des phénomènes maladifs, bien des dispositions morbides, et bien des indications thérapeutiques. Ainsi nous avons démontré que ce changement dans les humeurs de la femme consiste surtout en une modification dans la composition élémentaire du sang, composition qui jouit d'une influence prononcée sur la nature et la thérapeutique des maladies puerpérales.

C'est au commencement du XVIII[e] siècle que la suppression de la sécrétion laiteuse a surtout été signalée comme une cause puissante de maladie chez les femmes en couches. Willis a le premier appelé sur elle l'attention des médecins. Son opinion fut presque généralement adoptée, et partagée spécialement par Puzos, Levret, Deleurye, Doulcet, Doublet, Sauvages, Van Swieten, Selle, Graner, Hufeland, etc. Mais les faits n'ont pas tardé à se montrer contraires à cette manière de voir.

En dépouillant les glandes mammaires des fonctions sécrétoires dont elles jouissent, on ne s'est pas même donné la peine d'indiquer quel organe les remplaçait pour la sécrétion du lait. On voyait ce lait tout formé dans le

(1) *Instit. med.*, tome II, page 332.
(2) Ouvrage cité, page 10.

sang, sans s'inquiéter d'où et comment il venait. C'est ainsi que pour défendre une théorie insoutenable, on était obligé d'avoir recours à des suppositions contraires à toutes les lois communes de la nature.

On ne saurait méconnaître que la conception et la grossesse occasionnent un changement notable dans le sang. Il est bien vrai que le sérum du sang paraît quelquefois blanchâtre, qu'à une époque avancée de la gestation le caillot se recouvre d'une couenne blanchâtre; ces aspects peuvent avoir porté les auteurs anciens à croire à l'existence du lait dans le sang; mais aujourd'hui que l'analyse chimique a fait connaître que la couenne du caillot est formée par la fibrine du sang, et que la coloration blanchâtre du sérum ne prouve rien quant à la présence du lait dans ce fluide, puisqu'on a remontré cette coloration dans le sérum sanguin de l'homme, et qu'elle existe aussi dans l'état de vacuité chez la femme, on ne saurait plus admettre cette théorie même avec les explications qu'en a données Tissot (1). « Les épanchements de lait, dit cet auteur, les dépôts laiteux, les évacuations laiteuses, sans qu'il ait jamais paru de lait aux seins, porteraient à penser que l'état de grossesse fait sur les vaisseaux un tel changement, qu'ils opèrent celui du chyle en lait sans l'intervention des seins : cette action serait difficile, peut-être impossible à expliquer, ce qui ne serait pas un titre pour la rejeter. Mais ne pourrait-on cependant pas croire, avec plus de vraisemblance, que, lors même qu'on n'a point aperçu de lait dans les seins, il y en a cependant eu, mais en petite quantité, et que, ne s'étant pas fait jour par les vaisseaux excrétoires, il a repassé dans les vaisseaux; qu'il a agi sur la partie avec laquelle il a le plus d'analogie, qui est le chyle; qu'il se l'est assimilé et en a fait un vrai lait; que ce premier chyle, devenu lait, a agi sur un nouveau, et qu'ainsi la plus grande partie du chyle s'altère et devient vrai lait, sans être jamais portée aux seins, ce qui explique très-bien tous les désordres produits par cette humeur chez les femmes qui n'ont jamais eu l'apparence d'en avoir, ce qui n'est pas rare; ce sont même souvent les plus dangereusement malades. »

L'apparition fréquente des maladies puerpérales avant le commence-

(1) Tissot, vol. II. page 401, édition de Hallé.

ment de la sécrétion du lait sape par sa base la doctrine des métastases laiteuses. L'analyse chimique ne lui est pas plus favorable; du reste, il arrive souvent que la sécrétion laiteuse se fait malgré l'existence de la maladie. Cette sécrétion est quelquefois retardée d'un ou de plusieurs jours; elle peut être supprimée au debut de la maladie, reparaître pendant son cours, sans que l'état de la malade s'en trouve amélioré; dans d'autre circonstances, elle diminue ou se supprime au bout de deux ou trois jours seulement après l'invasion de la maladie; chez quelques femmes elle persiste jusqu'au moment de la mort. A l'ouverture des cadavres, on voit alors souvent couler du lait en assez grande abondance, lorsqu'on incise les mamelles; quelquefois il suffit de les presser pour en obtenir. D'un autre côté, il arrive souvent que la guérison de la maladie se manifeste sans que la révolution du lait ait lieu. Mais, selon nous, ces phénomènes ne s'observent guère que dans la fièvre puerpérale, dont les lésions anatomiques exercent sur la sécrétion laiteuse une révulsion insignifiante, souvent nulle, tandis qu'il en est autrement dans les inflammations franches, où cette révulsion, à cause de l'intensité des symptômes locaux, a toute sa puissance sur cette fonction.

Le lait ne reparaît guère que quand on en sollicite le retour; souvent on ne parvient à en rétablir la sécrétion qu'après l'établissement de la convalescence, et lorsque les forces commencent à se réparer.

Les partisans des métastases laiteuses font valoir en faveur de leur opinion que les femmes qui allaitent sont moins souvent atteintes de la fièvre puerpérale que celles qui ne nourrissent pas; que l'allaitement a souvent fait cesser promptement cette fièvre; que le rétablissement de la sécrétion laiteuse est rapidement suivi de la guérison. Mais il n'est pas besoin d'admettre les métastases laiteuses pour ces trois circonstances. Ainsi, chez les nourrices les mamelles deviennent un centre de fluxion qui, en concentrant les forces de la vie, rend plus difficile une direction vicieuse de ces mêmes forces sur un autre point. L'évacuation du lait entretient, augmente cette fluxion. « C'est de la même manière, dit Baudelocque, je veux dire en atti-

(1) Ouvrage cité, page 59.

rant les mouvements vitaux, en établissant un centre de fluxion et peut-être en diminuant un excès de force, mais surtout en agissant comme révulsif, que l'allaitement est parvenu quelquefois à faire avorter une métrite, une péritonite légère commençante, etc.; mais pour peu que la maladie soit intense, l'allaitement est tout à fait insuffisant. » Nous ne croyons pas que la puissance révulsive de l'allaitement soit assez considérable pour produire un tel effet. Et si, soit dans la fièvre puerpérale, soit dans les phlegmasies de cette époque, la sécrétion laiteuse peut être quelquefois avantageuse, c'est en dépurant le sang des matériaux qu'il doit fournir aux mamelles pour qu'en les élaborant celles-ci en forment du lait.

Le rétablissement de la sécrétion laiteuse est, dit-on, suivi promptement de guérison. L'expérience prouve, au contraire, qu'il n'y a aucun rapport entre ce rétablissement et la guérison. Quand on observe ce rapport, ne serait-il pas plus exact de retourner la phrase et de dire : la guérison peut être promptement suivie du rétablissement de la sécrétion du lait? Une violente maladie se déclare, un organe devient un centre de fluxion qui attire tout à lui, la sécrétion laiteuse est diminuée ou supprimée; mais cette sécrétion n'est pas la seule qui se trouve alors dérangée; il en est de même pour les lochies, pour la transpiration cutanée, pour la perspiration pulmonaire, pour le mucus, les urines, etc. : mais, dès que la maladie a perdu de son intensité, l'équilibre reparaît en proportion égale dans la distribution des forces, des humeurs, etc., et insensiblement toutes les sécrétions se rétablissent, celle du lait, comme celle du mucus, des urines, etc. Cette manière de concevoir les choses me paraît la plus simple expression des faits; elle est toute conforme aux lois ordinaires de la nature, et s'applique aux affections puerpérales comme à toute autre maladie, à la sécrétion du lait comme à celle de toute autre humeur.

En contestant au lait le rôle qu'on a voulu lui faire jouer dans les maladies des femmes en couches, je suis loin de regarder sa suppression comme étant toujours exempte de danger. Elle peut être suivie d'accidents graves, de péritonite, de métrite, d'abcès iliaque, etc., lorsqu'elle a lieu brusquement, à la suite d'une affection morale vive, ou par l'usage de répercussifs, d'astringents, etc.; une foule d'observations mettent ce fait

hors de doute, dit le docteur Mercier (1); cependant il ne s'ensuit pas que le fluide représenté conserve son homogénéité. Une jeune femme se fit appliquer, trois jours après son accouchement, des cataplasmes de fleurs de sureau sur les mamelles, pour se délivrer du lait qui les distendait : en vingt-quatre heures, il n'y eut plus de lait aux seins; mais une tumeur parut à l'aîne gauche, avec fièvre, tension, douleur, constipation et tous les symptômes qui caractérisent le phlegmon. En quinze jours, la tumeur qui avait acquis un gros volume, s'abcéda d'elle-même, sans autre secours que la diète, des lavements émollients, une infusion de scorsonère, et des applications locales émollientes. Le pus comparé à celui d'un phlegmon ordinaire, qui fut ouvert le même jour, à la même heure, dans la même saison à une fille de dix-huit ans, me parut parfaitement ressemblant par la consistance et la couleur; l'un et l'autre étaient sans odeur; j'en conclus qu'il n'y avait pas plus de lait dans l'un que dans l'autre.

« Les nouvelles accouchées, dit Désormaux (2), sont, plus qu'en tout autre temps de leur vie, disposées à recevoir l'impression de la constitution épidémique régnante; mais ce sont surtout les maladies inflammatoires qui sont fréquentes chez elles, et ces maladies attaquent principalement les parties qui ont été distendues ou comprimées pendant la grossesse et l'accouchement. La péritonite, l'entérite, la métrite, l'inflammation des ovaires, du tissu cellulaire du bassin, sont celles que l'on observe le plus souvent; mais on voit aussi des inflammations des organes contenus dans le thorax et dans le crâne. Ces affections ont ordinairement une marche plus rapide et une grande propension à se terminer promptement par des épanchements séro-purulents, ou par la suppuration; et comme elles déterminent le plus souvent la suppression de la sécrétion du lait, ainsi que des lochies, on les a longtemps regardées comme produites par le transport du lait sur les surfaces séreuses, dans le parenchyme des organes ou dans le tissu cellulaire. La suppression de sécrétions aussi abondantes que celles du lait et des lochies, qui arrive symptomatiquement dans le cours des maladies, et que l'on peut attribuer à une irritation vive fixée sur un

(1) *Dissert. inaugurale*, page 50. — (2) Ouvrage cité, page 125.

organe autre que celui qui est le siége de la sécrétion, et dans quelques cas aussi à l'inflammation de cet organe lui-même, est toujours une complication grave et mérite une grande attention dans le traitement, quoiqu'elle ne doive pas faire la base des premières indications. Mais la suppression de ces sécrétions n'est pas toujours le symptôme d'une maladie déjà existante; elle est quelquefois la suite immédiate d'une affection de l'âme, de l'impression brusque du froid ou de toute autre cause, et elle devient alors la cause de ces mêmes maladies et de quelques autres, telles que l'apoplexie, improprement appelée apoplexie laiteuse. Dans ce cas, c'est elle qui doit d'abord fixer l'attention du médecin, car s'il parvient à rappeler la sécrétion supprimée, il voit le plus souvent disparaître les symptômes menaçants qui s'étaient manifestés. L'interruption de la transpiration donne lieu à des rhumatismes aigus ou chroniques, qui, lorsqu'ils attaquent les articulations des os du bassin, et même quelquefois les autres, déterminent souvent des dépôts dans ces articulations et la carie des surfaces articulaires. Elle produit aussi quelquefois l'inflammation des ganglions et vaisseaux lymphatiques des membres, connue sous le nom d'engorgement laiteux, et souvent l'inflammation des mamelles, que le vulgaire appelle poil. »

Dans la description que nous allons donner de la pathologie puerpérale, nous nous attacherons plus particulièrement à la nature et à la thérapeutique de ces affections, comme le demande la question académique à laquelle nous répondons, qu'aux autres parties soit symptomatologiques, soit prognostiques, soit nécroscopiques, où, cependant, nous tâcherons toujours d'être aussi complet que possible. Chacune des affections puerpérales que nous traiterons, formera un chapitre particulier divisé en deux paragraphes; ainsi, par exemple, en parlant de la fièvre puerpérale, nous donnerons d'abord la clinique de cette affection, et ensuite sa pathologie. Dans la partie clinique, nous citerons les faits qui nous sont propres et ceux qui nous auront été communiqués; et, quand la chose sera nécessaire, on pourra être de quelque utilité théorique ou pratique, nous ferons suivre l'observation de réflexions qui toujours seront une conséquence des faits rapportés. Dans la partie pathologique, nous traiterons de tous les désordres survenus, soit dans la

composition élémentaire des humeurs, soit dans la disposition matérielle des organes, soit dans les fonctions qu'ils sont appelés à remplir.

Nous nous étendrons aussi longuement que le comporte la nature de notre travail, sur les maladies qui se rattachent particulièrement à l'état puerpéral; nous serons court dans celles qui ne lui appartiennent qu'indirectement. Nous citerons un petit nombre de faits puisés dans la pratique d'auteurs recommandables; presque tous seront puisés dans notre pratique particulière. Nous avons en cela respecté cette sentence de Baglivi : « *Ars medica est tota in observationibus;* » la suivante de Raige-Delorme : « Quelque fausses que soient les indications qu'on a tirées des observations, si celles-ci sont exactes, elles restent pour la science; ce que le raisonnement a produit est seul annulé; » et celle-ci de Dance : « Lorsqu'on se propose d'écrire dans un but d'utilité pratique, les livres ne doivent point être faits avec des livres, mais avec des observations recueillies, autant que faire se peut, par celui même qui se charge d'en publier les résultats, et tout autant que ces observations contiennent quelque aperçu nouveau, quelque chose d'utile, soit pour combattre une erreur admise, confirmer une vérité douteuse, proposer ou étendre une découverte, ou bien éveiller l'attention des praticiens sur un point i nportant qui tombe dans l'oubli. »

CHAPITRE PREMIER.

DE LA MÉTRITE PUERPÉRALE.

Inerte, engourdi, presque rudimentaire chez la fille en bas âge, l'utérus, comme tous les organes peu vivants, n'est guère susceptible de maladie, et surtout d'inflammation. La puberté en y déterminant un accroissement considérable de volume, en change aussi la structure, les fonctions. Cet organe devient dès lors plus vasculeux, et chaque mois une congestion sanguine se dirige sur lui, l'engorge, le met dans un état de turgescence bien voisin de l'inflammation. Il semblerait donc dès lors devoir être

très-exposé à ce genre de maladie, et surtout aux phlegmasies aiguës; mais d'une part, cette fluxion périodique trouve en elle-même sa crise, et l'écoulement du sang exhalé à la face interne du viscère dissipe l'engorgement mieux que ne le ferait la saignée locale la mieux dirigée par l'art; d'autre part, une fois cette congestion dissipée, l'utérus est loin de se montrer aussi vasculaire que beaucoup d'autres organes; ses artères sont comme étouffées dans le tissu fibrineux, dense et serré qui forme la masse du viscère, et le péritoine qui le revêt conserve seul une assez forte tendance à l'inflammation. Il résulte de là que si la matrice, à l'état de vacuité, est disposée aux phlegmasies, ce n'est pas aux plus actives, aux plus aiguës, mais plutôt aux affections chroniques et aux dégénérescences qui en sont si fréquemment la suite. Il n'en est plus ainsi quand la vascularité de l'utérus, développée au dernier point par l'hypertrophie normale de la grossesse, en fait un organe tout différent et pour le volume, et pour la structure, et pour les propriétés physiologiques; aussi chez les femmes en couches, la métrite aiguë est-elle peu rare; et si l'histoire de cette maladie a été longtemps obscure, c'est parce qu'on a pris pour type de la métrite, en général, celle des femmes récemment accouchées, et que l'on a confondu dans l'observation de celles-ci, ce qui appartient à l'inflammation de l'utérus même, et à celle du péritoine qui en est presque inséparable.

Ces considérations suffisent pour faire voir que, même en théorie, mais surtout en pratique, on ne saurait tracer une description générale de la métrite qu'en réunissant des éléments vraiment hétérogènes. Il vaut donc mieux établir une division rationnelle entre les espèces de métrite qui diffèrent et par leurs causes, et par leur marche, et par leurs caractères, et surtout par les indications thérapeutiques.

Lorsque l'inflammation s'empare de l'utérus après l'accouchement, elle présente de notables différences selon qu'elle suit de près la parturition, ou qu'elle ne se développe qu'au bout d'une ou de plusieurs semaines : c'est d'après cela que Chomel (1) distingue cette inflammation 1° en métrite puerpérale proprement dite; 2° en métrite post-puerpérale. Cette

(1) *Dictionnaire de médecine*, tome XXX, page 228.

distinction nous paraît vicieuse en ce qu'elle donne à entendre que quand celle-ci se développe, l'état puerpéral a cessé, tandis qu'il peut encore avoir deux ou trois semaines d'existence. Nous avons préféré donner le nom de métrite puerpérale aiguë à la première forme admise par Chomel, et celui de métrite puerpérale chronique ou sub-aiguë à la deuxième forme. Burns (1) dit : « L'inflammation de la matrice, pendant l'époque des couches, peut paraître sous deux formes ; l'une légère et circonscrite, l'autre étendue ou grave. La pratique offre en effet, après l'accouchement, des métrites légères et peu rebelles, mais qui, d'autres fois, ne sont légères qu'au début, et acquièrent bientôt le degré de gravité de la métrite intense, étendue ; souvent la transition est insensible. Il en est de même pour les lésions nécroscopiques; de sorte que la métrite légère est plutôt un commencement, un degré de la métrite grave, qu'une espèce à part.

La métrite puerpérale se présente rarement à l'état de simplicité, surtout sous la forme aiguë; cependant les cas n'en sont pas tellement rares qu'on ne puisse la décrire séparément et dans son état de simplicité. Dugès (2) dit : « Cette mortalité toujours plus considérable dans les hôpitaux que partout ailleurs, a été souvent effrayante; et l'on n'a pu jusqu'ici y trouver d'autres causes rationnelles que l'encombrement, l'aération insuffisante. Durant les deux années de mon internat à la Maternité de Paris (1819 et 1820) sur les 686 femmes atteintes de péritonite simple ou compliquée, il en mourut 312, ce qui équivaut à 5 sur 11 ; c'est près de la moitié. Des 26 métrites simples observées dans le même laps de temps, 13 furent mortelles. Il y avait eu en tout 1,177 malades sur 4,924 accouchées. C'est presque le quart. » On voit par ce passage d'un gynécologiste distingué que, non-seulement la métrite peut exister seule, mais encore que seule elle peut occasionner la mort. Mais cet état de simplicité doit être rare, si l'on prend en considération les lésions nécroscopiques qui peuvent l'accompagner ou la suivre, ainsi que les caractéres pathogéniques qui en résultent. En effet, la métrite puerpérale passe

(1) *Encyclopédie des sciences médicales*, 4me division, Obstétrique, page 370.

(2) *Traité des maladies de l'utérus* par Boivin et Dugès, 2me volume de l'édition belge, page 24.

quelquefois à la gangrène, c'est même la terminaison la plus fréquente chez certains animaux, les herbivores par exemple. D'autres fois elle se termine par le ramollissement d'une petite partie ou d'une étendue considérable du tissu utérin. D'autres fois enfin elle se termine par suppuration. Assez souvent elle se complique d'altérations diverses qui peuvent devenir prédominantes, telles que la péritonite, la phlébite et la lymphangite utérines. De là des formes variées, désignées tour à tour sous les dénominations de métro-péritonite, de métrite gangréneuse, de putrescence ou ramollissement de l'utérus, de phlegmons du bassin suite de couches, de lymphangite et de phlébite utérines. Toutes ces formes constituent les états anatomo-pathologiques les plus ordinaires de cette affection fébrile aiguë à laquelle succombent tant de nouvelles accouchées, et que l'on a l'habitude de comprendre sous la dénomination générique de fièvre puerpérale.

Ce qui précède suffirait déjà, ce nous semble, pour démontrer la liaison qui existe entre ces divers états pathologiques de l'utérus et du péritoine, et entre ceux-ci et la fièvre puerpérale. Mais, soit pour la clinique de ces diverses affections, soit pour leur pathologie, vouloir n'en faire qu'une seule et même affection, ayant seulement des terminaisons, des complications, des formes diverses, serait introduire une confusion très-préjudiciable, et pour la science et pour la pratique, dans la description clinique et pathologique de ces maladies. Que la métrite puisse consister uniquement en une inflammation du parenchyme utérin, c'est maintenant chose prouvée; que cette phlegmasie, qu'elle soit primitive ou secondaire, cause ou effet, puisse se compliquer de péritonite, de lymphangite, de phlébite, c'est encore démontré par l'observation clinique; qu'elle puisse se terminer par résolution, par suppuration, par ramollissement et par gangrène, les faits n'ont encore laissé aucun doute à cet égard ; qu'enfin elle puisse débuter sous forme sub-aiguë ou chronique, ou que la métrite aiguë puisse se terminer par la métrite sub-aiguë ou chronique, la pratique a aussi levé toute espèce de doute à ce sujet. Doit-on, pour cela, comprendre dans un seul chapitre, dans une seule et même espèce ces complications, ces terminaisons, ces formes pathologiques si variées? Non sans doute. Et quand même la description séparée, la division en plusieurs espèces, de ces

diverses conditions phlegmasiques d'un même organe devrait forcer à quelques répétitions, à une distinction entre des maladies de même nature qui ne diffèrent entre elles que par les tissus sur lesquels elles siégent, par les complications qui les accompagnent et par leur mode de terminaison, cette description séparée, cette division en espèces sera, croyons-nous, d'autant plus utile et nécessaire que par là, non-seulement on introduit l'ordre et la clareté dans une étude encore obscure, mais aussi une séparation distincte entre des affections qui, quoique ressemblantes sous le rapport de leur nature, diffèrent beaucoup sous celui de leur étiologie, de leur symptomatologie, de leur forme, de leur marche, de leur gravité, de leur terminaison et de leur thérapeutique. Ces considérations nous ont déterminé à traiter séparément : 1° de la métrite; 2° de la péritonite; 3° de la métro-péritonite; 4° des phlegmons du bassin suite de couches; 5° de l'inflammation des vaisseaux lymphatiques et veineux de l'utérus; 6° de l'inflammation des annexes de l'utérus.

Après avoir décrit ces divers états pathologiques de l'utérus et du péritoine, des trompes et des ovaires et du tissu cellulaire pelvien, nous traiterons de la fièvre puerpérale. Car, encore sous ce dernier point de vue, nous sommes forcé de ne pas partager l'opinion de Chomel, lorsqu'il dit (1) : « On conçoit aisément qu'il serait impossible d'en séparer complétement la description. » Non-seulement cette séparation est possible pour les phlegmasies précitées, comme on le verra par la description que nous en donnerons; mais encore entre ces divers états pathologiques et celui auquel la science a consacré la dénomination de fièvre puerpérale, la différence des causes, des symptômes, de la marche, de la durée, de la terminaison, des lésions des solides et des liquides, de la forme et de la thérapeutique, font de la fièvre puerpérale une maladie distincte qui doit être décrite à part. Ces maladies pourront intervenir dans la fièvre puerpérale, comme causes occasionnelles ou comme affections consécutives, concomittantes. Comme on rencontre souvent chez les individus qui ont succombé à cette fièvre, non-seulement quelques-uns des symptômes qui

(1) Ouvrage cité, page 228.

caractérisent l'une ou l'autre espèce de phlegmasie utérine, mais encore un nombre plus ou moins considérable de lésions anatomiques que celles-ci laissent à leur suite, et pour mieux faire ressortir les différences que ces affections offrent entre elles et sous le rapport de leur nature, et sous celui de leurs indications thérapeutiques, nous décrirons la fièvre puerpérale immédiatement après les affections phlogistiques de l'utérus, du péritoine et du tissu cellulaire pelvien.

La métrite puerpérale est cette phlegmasie du parenchyme propre de l'utérus qui se manifeste pendant la durée de l'époque des couches. Cette inflammation offre, dès son début et par l'effet de circonstances qu'il est difficile de déterminer, un caractère de gravité ou de bénignité qui lui donne, dans certains cas, une marche aiguë, rapide, parfois foudroyante, avec tendance à la production du pus (métrite pyogénique), ou à la gangrène (métrite gangréneuse); d'autres fois, au contraire, l'inflammation de l'utérus est remarquable par sa lenteur et par une gravité bien moindre des symptômes (métrite post-puerpérale de Chomel, métrite simple ou idiopathique de A. Willemin). Nous décrirons la première sous le nom de *métrite puerpérale aiguë;* la deuxième sous la dénomination de *métrite puerpérale sub-aiguë* ou *chronique.*

§ I^er^. — *Clinique de la métrite puerpérale aiguë et sub-aiguë.*

PREMIÈRE OBSERVATION. *Métrite puerpérale aiguë, légère; résolution prompte.* — La femme Victor P..., de H....., me fit chercher le 1^er^ mars 1837, le troisième jour de ses couches. Son accouchement a été naturel. Cette femme est grande, assez fortement constituée, tempérament non dessiné, ménagère, habituellement bien portante et bien réglée. Sa figure abattue exprime la souffrance; pommettes colorées; pouls fébrile; soif; anorexie; couchée en suppination, elle ne peut rester ni sur l'un ni sur l'autre côté; les lochies sont diminuées; les seins sont gonflés; tuméfaction considérable de l'hypogastre, où, par le palper, l'on perçoit le globe utérin, dont le fond dépasse le bord supérieur des pubis de trois travers de doigts; elle y éprouve une douleur sourde, qui augmente par la pression, et qui, par moment, devient vive et perçante. Traitement : quatre demi-lavements émollients en vingt-quatre heures; tisane de chiendent édulcorée avec la réglisse; repos au lit; douze sangsues à l'anus; cataplasmes émollients sur le ventre.

Le 2. les lochies sont plus abondantes, plus sanguinolentes ; il est même sorti quelques caillots. La douleur et le gonflement de l'utérus sont bien diminués. Même traitement, sans sangsues.

Le 10, cette femme est complétement guérie.

Ce fait nous a paru remarquable sous plusieurs rapports ; d'abord il nous offre l'exemple d'une métrite puerpérale aiguë, simple et bien caractérisée. Ensuite, et bien qu'elle se montrât au début avec quelque apparence de gravité, elle s'est promptement terminée par une résolution complète. Le traitement mis en usage a-t-il eu quelque part dans cette terminaison? Nous le croyons, mais nous pensons aussi que l'augmentation notable et la nature sanguinolente des lochies, ainsi que l'application de sangsues à l'anus pourraient bien avoir puissamment contribué à ce résultat.

Le docteur Willemin n'aurait pas manqué de ranger ce cas au nombre des métrites qu'il nomme idiopathiques. Mais nous sommes loin de partager l'opinion de cet ancien interne des hôpitaux de Paris, lorsqu'il dit (1) : « S'il est vrai que la métrite puerpérale sub-aiguë (des auteurs du *Compendium de médecine pratique*) débute quelquefois à une certaine distance de l'accouchement, à savoir quand la première période puerpérale est passée, il n'est pas moins fréquent de la voir survenir dès le premier, ou dès les premiers jours des couches. » L'état phlogistique du sang, que nous avons fait connaître plus haut, pendant les premiers jours qui suivent la délivrance ; l'état anatomique et physiologique de l'utérus, ne sont pas favorables aux idées de M. Willemin. Ces circonstances tendent au contraire à favoriser le développement des phlegmasies aiguës de l'utérus ; et si, quelquefois, il arrive que l'acuité de la maladie semble peu prononcée, l'on ne peut l'attribuer qu'à son peu d'étendue, aux idiosyncrasies individuelles, aux causes, etc., mais toujours, sous le rapport de sa marche, de sa durée, de sa terminaison et de l'efficacité des moyens antiphlogistiques, elle offre, avec la métrite puerpérale chronique, une différence tranchée, comme on va le voir par l'exemple suivant.

(1) *Archives générales de médecine*, 4me série, tome XV, page 290.

Deuxième observation. *Métrite puerpérale chronique.*—La femme G....., de J....., âgée de trente ans, grande et fortement constituée, habituellement bien portante, fortement réglée, tempérament sanguin, me consulta le 29 novembre 1840. Voici ce qu'elle m'apprit et ce que je reconnus : en six années de temps, elle a eu trois enfants ; toujours ses grossesses furent heureuses, si ce n'est que, pendant presque toute leur durée, elle était tourmentée par un prurigo qui ne disparaissait qu'avec l'état de gestation. Ses trois accouchements furent faciles et heureux : elle s'en rétablit promptement. Elle a allaité ses enfants, et, quoiqu'elle fut abondamment pourvue de lait, le flux cataménial reparaissait chaque mois, comme si elle n'eut pas donné le sein. Son premier enfant est mort de convulsions, les autres se portent bien. Son dernier accouchement a eu lieu dans le commencement de mai 1840. Pendant cette dernière grossesse elle ressentit, en sus du prurigo, surtout vers la fin de sa gestation et après l'accouchement, une douleur sourde, qui n'était quelquefois qu'une gêne, et qui d'autres fois devenait très-aiguë, vers le côté gauche de l'utérus ; elle ressentait en même temps, sur le plancher du bassin, la sensation d'un corps pesant tendant à sortir. Elle ne suivit aucun traitement. Les deux premières fois que reparurent les règles après les couches, elles furent très-abondantes ; les deux fois suivantes, elles furent normales ; mais à leur cinquième retour, elles furent très-abondantes, de longue durée (quatorze jours) et accompagnées de caillots. Malgré ces menstrues hémorragiques, elle conserva la même douleur au côté gauche de la matrice, douleur qui ne l'empêchait pas de remplir sa besogne de ménagère.

Le 9 novembre, treize jours après la cessation de sa dernière époque cataméniale, les règles reparurent de nouveau sous forme hémorragique et sans douleur ; elles existaient depuis vingt jours, quand, pour venir me consulter, elle fit, à pied, six lieues de chemin ; elle commençait à ressentir de la faiblesse. Traitement : régime doux, boissons froides, acidulées, repos, acétate d'ammoniaque, soixante gouttes par jour dans trois verres d'eau froide.

Le 4 décembre, en arrivant chez elle de retour du voyage qu'elle avait fait pour venir me consulter, elle a souffert des lombes et de l'hypogastre ; le sang a continué de couler, même assez fort par moment. Persistance de la douleur utérine du côté gauche. Des symptômes d'anémie commencent à se dessiner. Traitement : décoction de racines de grande consoude avec sirop de coing. Régime doux, boissons froides, repos absolu.

Le 14. Dans la matinée du 9, elle a encore perdu beaucoup de sang ; ce jour-là, vers midi, il a cessé de paraître, et, depuis lors, il n'y en a plus eu d'apparence. C'est à dater de ce moment qu'il s'est manifesté un écoulement blanc et épais, offrant parfois des stries de sang ; la douleur utérine a disparu : elle n'en ressent plus du tout aux lombes ni à l'hypogastre ; la santé générale se rétablit. A dater de cette époque, les règles ont reparu normalement. Mais, pendant les six mois qui suivirent cette guérison, il se manifesta une affection remarquable de l'utérus, consistant en symptômes congestifs de

cet organe, revenant chaque mois vers le milieu du temps qui sépare les règles, durant trois jours, et se caractérisant par de la douleur aux lombes et à l'hypogastre, quelquefois aux aines et aux cuisses, avec sensation de pesanteur sur le fondement lorsqu'elle se tenait debout. Pendant ces quelques jours, il y a de l'accablement physique et moral, sensibilité au froid, quelquefois un peu de fièvre et de strangurie. Traitement : repos, régime et boissons antiphlogistiques, saignée du bras au moment des souffrances, d'autres fois immédiatement avant l'époque de leur retour, le tout sans succès.

Après six mois d'existence, cette affection a disparu sous l'influence d'une nouvelle grossesse.

Cette phlegmasie utérine me semble avoir débuté pendant la gestation sous forme sub-aiguë et avoir conservé le même caractère pendant l'état puerpéral et longtemps encore après. Il existe, en effet, de ces affections qui conservent leur forme et leur caractère dans les conditions les plus variées de l'économie; mais ces cas sont exceptionnels.

Ce fait nous donne encore un exemple de cette vérité reconnue par M. le docteur Delhaye, de Montignies-sur-Roc, que, souvent, on a méconnu l'existence de semblables phlegmasies utérines, occupant l'une ou l'autre partie de la matrice, existant avant l'accouchement, et, après la délivrance, déterminant, par leur propagation au tissu cellulaire pelvien, ces phlegmasies phlegmoneuses dont nous parlerons plus loin.

Cette métrite, qui a résisté aux efforts de l'art, et longtemps à ceux de la nature, a fini cependant par céder à une abondante métrorragie, ainsi que nous l'avons une fois observé dans une métrite non puerpérale. L'abondance de cette hémorragie a occasionné un commencement d'anémie, mais elle a mis fin à une affection qui aurait pu devenir la cause de maladie grave. Ce fait nous démontre la difficulté, peut-être même l'impossibilité de préciser jusqu'où doivent et peuvent être portées les évacuations sanguines artificielles pour combattre des maladies inflammatoires de ce genre. Outre les exemples précités, j'en connais d'autres où les femmes ont été débarrassées d'affections analogues par des pertes sanguines tellement copieuses que la vie en paraissait compromise. La nature, dans ces cas, est plus hardie que le médecin; elle est aussi plus sage;

l'expérience a souvent prouvé que là où des saignées artificielles abondantes étaient restées sans effet, une évacuation sanguine naturelle, quelquefois même peu abondante, était promptement suivie de la guérison.

Cet écoulement blanc, qui a commencé avec la cessation des métrorragies, et qui a marqué le début d'une amélioration durable et progressive, n'était-il pas la conséquence de l'ouverture d'un de ces abcès chroniques que l'on rencontre quelquefois dans les parois utérines? La cessation des douleurs aussitôt son apparition; la diminution graduelle de cet écoulement; le retour prompt vers la santé qui l'a suivi; les règles hémorragiques que cet abcès pouvait occasionner, rapprochent cette probabilité de la certitude.

Et à quoi pouvons-nous attribuer ces symptômes de congestion utérine qui se manifestaient vers le milieu du temps qui sépare les menstrues, et qui, en trois jours, disparaissaient sans donner lieu à la moindre perte de sang? La solution de cette question ne nous paraît pas possible dans l'état actuel de la science. Mais il est, à l'égard de cette indisposition périodique, congestive et temporaire, une remarque importante à faire, c'est sa résistance aux médications artificielles, et la facilité avec laquelle elle a cédé à une nouvelle grossesse.

TROISIÈME OBSERVATION. *Métrite puerpérale aiguë, légère.*—La femme C...., de C....., âgée de vingt-quatre ans, de taille moyenne, bien conformée, lymphatico-nerveuse, ménagère, accoucha de son premier enfant le 23 octobre 1846; sa grossesse avait été assez heureuse pendant les premiers mois; mais, plus elle approchait de la fin, plus elle en était incommodée; alors je la vis perdre l'appétit et gagner une pâleur anémique. Je lui conseillai l'usage de l'eau de Vichy qui lui rappela momentanément la faim. Les deux premiers temps de son accouchement furent naturels; mais le troisième n'était pas fini quand elle fut prise de ménorragie; aussitôt la sage-femme la fit remettre au lit, et opéra l'extraction artificielle de l'arrière-faix. Pendant ce temps la femme C..... se refroidit, et éprouva un frisson assez violent, qui fut suivi de céphalalgie intense et de longue durée; l'anorexie continua; les lochies ainsi que le lait furent peu abondants; elle ressentit de la douleur à l'hypogastre et de l'ardeur en urinant. La sage-femme lui fit prendre une potion antispasmodique qu'elle ne put supporter; lavements émollients, cataplasmes de même nature sur le ventre, diète, boissons douces.

Je la vis pour la première fois le 1er novembre suivant, huitième jour de ses couches;

un accoucheur en fit l'extraction. Cette femme fut remise au lit ; la matrice revint sur elle-même, et les lochies coulèrent bien. Le troisième jour, la sécrétion laiteuse s'établit sans qu'il y eut apparence de fièvre de lait ; elle allaita son enfant, et son lait devint si abondant qu'il s'écoulait des mamelons par l'excès de plénitude des seins : toutes les fonctions avaient paru reprendre leur rhythme physiologique. Alors, négligeant les soins nécessaires aux nouvelles accouchées, elle s'est levée, a changé de linge, a mangé comme les autres, a bu du vin et de la bière, et le 31 janvier, sixième jour des couches, ayant reçu beaucoup de visites, elle éprouva un frisson qui fut suivi de la suppression des lochies, de douleurs hypogastriques passagères, de céphalalgie et de fièvre ; aussitôt elle fut remise dans un lit bien bassiné et bien couvert ; on l'entoura de plats chauds, on lui fit prendre du thé aux fleurs de sureau bien chaud, et bientôt une sueur générale et abondante recouvrit son corps. Je la vis le lendemain, premier février : son état est beaucoup mieux que la veille ; la céphalalgie et les douleurs hypogastriques sont calmées ; mais il y a perte d'appétit, soif, langue humide et large. La suppression lochiale persiste. Traitement : application de huit sangsues au fondement, bouillon de veau et aux herbes, thé pectoral.

Le 2, elle semblait guérie ; les lochies avaient reparu, quand, ce jour même au soir et sans causes connues, sans frissons, les lochies se supprimèrent de nouveau. Elle éprouva des envies fréquentes d'aller à la garde-robe, de l'ardeur en urinant, de la courbature dans les cuisses et des douleurs dans les lombes. La nuit du 2 au 3, ces douleurs augmentèrent.

Le 3, je la vois vers midi : sa figure est pâle, ses traits concentrés, il y a des sueurs générales peu abondantes ; le pouls est plein, accéléré, vif ; la langue est blanche ; il y a de la soif, de l'anorexie, des nausées et un peu de toux ; les lochies sont rares et séreuses ; elle éprouve à l'hypogastre des douleurs continuelles, dont l'intensité parfois est telle, qu'elles arrachent des plaintes et des cris à la malade ; elles augmentent par la moindre pression, même par le poids des couvertures ; elles se calment par l'application d'un linge chaud sur le bas-ventre ; la matrice engorgée, dure, sensible, dépasse le bord supérieur des pubis. Ces douleurs s'étendent vers les aines, quelquefois même vers les hypocondres ; les cuisses sont engourdies ; les moindres mouvements du corps, la toux, les nausées, etc., provoquent de vives douleurs à l'hypogastre. La malade reste couchée en suppination ; la sécrétion laiteuse est diminuée. Traitement : douze sangsues à la vulve, cataplasmes émollients sur le ventre, tisane aux fleurs de bouillon blanc et de bourrache, eau sucrée avec un peu d'eau de fleur d'orange, bouillon de veau, hydrogala ; repos absolu, pas de visite, continuer la succion des seins.

Le 4, les sangsues ont bien pris et les piqûres ont beaucoup saigné ; la malade s'en est bien trouvée. Les douleurs hypogastriques sont diminuées de trois quarts ; la pression sur cette région est devenue supportable ; les lochies ont reparu ; elle a rendu beaucoup de gaz par l'anus ; elle a beaucoup et facilement uriné ; elle me fait observer que les douleurs

hypogastriques, qui maintenant sont légères, augmentent par moment d'intensité; cette exacerbation précède ordinairement la sortie de gaz par l'anus, ou un écoulement séro-purulent par le vagin; borborygmes; la langue reste blanche; il n'y a plus de nausées ni de toux, mais la soif et l'anorexie continuent; la céphalalgie a disparu; la peau reste chaude, le pouls accéléré et vif. Même traitement, sans sangsues; de plus, on appliquera, chaque jour, à la partie intérieure et supérieure de chaque cuisse, deux larges ventouses.

Le 5. Hier dans l'après-midi, il y a eu exacerbation du mal et un peu de délire; en dix-huit heures elle a eu six selles liquides avec coliques; aujourd'hui elle se trouve assez bien, elle n'éprouve de coliques que quand elle est sur le point de rendre des gaz ou une selle; elle ressent constamment à l'hypogastre, surtout à droite, une douleur sourde, augmentant par le mouvement et la pression; le ventre n'est pas gonflé; elle a peu toussé, et les crachats muqueux qu'elle a expectorés, lui ont occasionné des nausées; elle a éprouvé des éructations d'un goût désagréable; elle se plaint d'avoir la tête vide et les oreilles bourdonnantes; elle a la peau moite, le pouls moins accéléré et mou. Même traitement: ventouses à demeure, bouillon de veau, et à prendre en vingt-quatre heures la potion suivante:

℞ Solution légère de gomme arab. ʒ v
Sirop de pavot blanc. . . . . ʒ i

Le 6, elle a assez bien dormi; les lochies ont assez bien coulé, mais le lait est plus clair et considérablement diminué; la langue se nettoie, bien que l'anorexie continue; il y a toux avec expectoration de crachats pituiteux, visqueux, difficiles à obtenir, et provoquant souvent des nausées; le pouls est moins accéléré, même état de la peau; elle a encore eu plusieurs selles liquides; les urines sont rouges et déposent un sédiment briqueté; elle ne ressent plus que très-rarement de légères coliques; l'hypogastre moins gonflé, devient de moins en moins sensible à la pression et aux mouvements; quand elle est quelque temps en repos, la douleur disparaît en entier. Les ventouses laissées en place pendant vingt-quatre heures, ont déterminé la formation de bulles semblables à celles des vésicatoires. Depuis plusieurs jours que la malade n'a pu être changée de linge ni de lit, ces objets sentent si mauvais, que l'on se trouve forcé de les remplacer; ce changement a réveillé un peu de douleurs hypogastriques et de fièvre. Traitement: bouillon de volaille, eau sucrée, julep pectoral.

Le 7, le pouls bat cent fois par minute; il y a un peu d'appétit et moins de soif; le ventre, et surtout l'hypogastre restent toujours un peu tuméfiés; les lochies coulent bien; les urines sont abondantes; elle a encore eu du dévoiement; elle crache plus facilement. Même traitement; on augmente la quantité de bouillon de poule, on donne un peu de lait coupé et de boullie de fécule.

Le 8, elle a bien dormi ; le mieux fait des progrès ; l'appétit se fait sentir par un vide à l'épigastre avec sentiment de faiblesse ; depuis hier, elle ne peut uriner qu'en se mettant à genoux ; elle a encore eu une selle liquide. Même traitement.

Le 9. Hier elle a passé une bonne journée, quoi qu'elle ait encore eu plusieurs selles liquides ; tout ce qu'elle a pris lui a goûté sans la gêner ; elle a très-bien dormi ; le pouls est bien régulier, mais il continue de battre cent fois par minute ; la langue, en se nettoyant, devient sensible ; un peu de gêne à la partie supérieure et antérieure de la poitrine ; la respiration est cependant plus longue, la voix meilleure, les mouvements plus libres et plus faciles. L'hypogastre est gonflé, moins sensible à la pression ; elle dit éprouver une douleur légère vers la crête iliaque droite. On augmente la quantité des aliments.

Le 10. Hier soir, il y eut un léger paroxysme ; elle a eu à la figure rouge, la peau chaude et la poitrine sèche, pendant deux ou trois heures ; ensuite elle a bien dormi. Les lochies continuent ; le lait revient ; elle a eu une selle moulée ; la toux devient plus rare ; la langue est large, humide et nette ; le pouls ne bat plus que quatre-vingt-dix fois par minute. Même traitement.

Le 13. Hier soir, elle a encore éprouvé un léger paroxysme ; aujourd'hui elle est bien ; seulement le ventre conserve un peu trop de volume, et il y a encore eu du dévoiement. L'appétit augmente ; elle se plaint que la gorge, la langue et les gencives la piquent, la brûlent ; toutes ces parties sont couvertes de plaques blanchâtres, pultacées, que l'on enlève facilement soit par le gargarisme, soit par un léger frottement, et qui ne laissent à leur place que de la rougeur (muguet.) On augmente les aliments ; on recouvre le ventre de flanelle sèche par dessus laquelle j'applique le bandage de corps.

Le 14, elle a bien dormi. Le muguet est presque dissipé sous l'influence d'un gargarisme composé d'eau d'orge, de miel et de vinaigre ; elle y sent beaucoup moins de feu ; le ventre devient plus souple ; elle se sent plus forte. Je l'ai vue à quatre heures de l'après-midi ; alors existait cet accès fébrile qui, depuis quelques temps, revient tous les deux jours vers deux heures de relevée ; il est caractérisé par de la chaleur à la peau, de la rougeur à la figure, de l'accélération dans le pouls ; la malade commence à se lever et à marcher un peu.

Le 16, elle a la peau chaude, le pouls plus accéléré, la tête embarrassée, la respiration plus courte, le ventre plus sensible ; les lochies sont redevenues rouges. Traitement : six sangsues au fondement, émollients sur le ventre.

Le 17, la fièvre est diminuée, elle n'éprouve plus que des battements dans l'oreille droite ; les lochies sont moins rouges. Même traitement.

Le 18. Hier, un lavement a procuré une très-forte évacuation alvine après laquelle a fièvre a disparu ; la tête et la respiration sont devenues plus libres ; elle s'est trouvée

ans, à une bronchite capillaire aiguë. Dès lors les époux H....., qui ont de la fortune et qui se trouvaient sans enfant, étaient fort désireux de voir se manifester une nouvelle grossesse. La femme encore jeune, bien portante et bien réglée, vivant en parfaite harmonie avec son mari, qui est un homme de même âge, fort et vigoureux, se désolait de ne plus devenir enceinte; le mari éprouvait les mêmes sentiments; voyant tous leurs efforts vains, et depuis cinq ans qu'elle s'était accouchée, n'ayant plus éprouvé aucun signe de grossesse, inquiète sur cette stérilité et craignant de la voir se prolonger indéfiniment, ils vinrent me consulter sur toutes ces circonstances et me faire part de leurs craintes. Après m'être assuré que le mari n'était pas cause de cette stérilité, je demandai et j'obtins de visiter cette femme par le toucher et au spéculum ; je reconnus qu'elle avait perdu tous les poils qui garnissent les grandes lèvres et le mont de Vénus; que ces poils étaient remplacés par une espèce de duvet très-court, très-mince et de même couleur que les cheveux ; que le col de la matrice offrait un léger engorgement, et que l'utérus paraissait sain. J'ai considéré cette espèce d'alopécie comme un signe de décrépitude prématurée, de faiblesse, d'inertie, et peut-être d'inaptitude à concevoir dans les principaux organes reproducteurs de cette femme. Les seins étaient également diminués de volume et comme flétris. J'ai attribué à cette disposition du système reproducteur la stérilité, qui se trouvait aussi favorisée par l'état du col, et peut-être par l'occlusion des trompes de Fallope. Quoi qu'il en soit, les moyens que j'ai conseillés jusqu'à ce jour n'ont pas réussi, et je crains bien que cette stérilité ne soit incurable.

Ce fait, dont les détails pourront paraître trop longs, est remarquable sous bien des rapports. D'abord il est un exemple bien dessiné de métrite puerpérale aiguë, simple, qui s'est terminée par l'état chronique. Ce cas et les précédents, joints à beaucoup d'autres que possède la science, prouvent que la métrite puerpérale aiguë et chronique peut exister seule, isolée et sans complication; et si, généralement, il en est autrement; si, le plus souvent, la métrite est compliquée de péritonite, de phlébite, de lymphangite utérine; si, d'autres fois, elle advient comme complication de l'une ou l'autre de ces affections; cela importe peu et ne doit pas empêcher de trouver, dans la possibilité de l'existence isolée d'une maladie, la nécessité d'une description particulière de cette affection. Je vais plus loin, je dis qu'il y a utilité à séparer leurs descriptions lorsque celles-ci peuvent s'appuyer sur des faits authentiques; c'est ainsi qu'on arrive à connaître leurs caractères et, par conséquent, la part symptomatologique qu'elles prennent dans les affections complexes dont elles font partie. En les dé-

crivant séparément l'une et l'autre, puis en les décrivant réunies, l'on ne se trouve plus que rarement et par exception embarrassé dans la réunion des symptômes qu'elles présentent; on apprécie plus justement à sa valeur la part que prennent dans les symptômes, la forme, la gravité, la terminaison et les indications thérapeutiques, chacune de ces maladies.

La fièvre de lait manque si rarement, qu'elle doit être considérée comme un phénomène utile à l'accomplissement de la sécrétion laiteuse chez les nouvelles accouchées : ici, elle a manqué, et cependant la fonction mammaire n'a pas fait défaut. Cela prouve-t-il contre l'existence et l'utilité de ce mouvement fébrile passager? Nous ne le croyons pas; car, souvent cette fièvre est si légère, si éphémère, que les nouvelles accouchées même ne s'en aperçoivent pas ou qu'à peine, et pourraient croire à son absence qui n'aurait été qu'apparente. Nous sommes porté à croire que c'est à des états fébriles semblables, légers et passagers, que l'on doit rapporter les cas d'absence complète de la fièvre de lait.

Les causes de la maladie sont, dans ce cas, très-évidentes : l'état anatomique et physiologique de l'utérus, la composition du sang chez les femmes en couches, sont les causes prédisposantes; les écarts de régime, les visites accablantes, forment les causes occasionnelles. Dans la pratique, l'on n'est pas toujours aussi heureux dans les connaissances de ce genre : souvent on diagnostique et l'on traite en méconnaissant la cause du mal; cependant, de quelle utilité sont de semblables renseignements non-seulement pour la connaissance des maladies et pour leur thérapeutique, mais encore pour pouvoir employer avec fruit les moyens capables d'en prévenir le retour lorsqu'elles sont combattues, retour si fréquent, et qui, dans certains cas, a rendu ces affections plus que chroniques, vraiment interminables?

C'est le sixième jour des couches qu'à la suite des causes précitées un frisson a marqué le début de la métrite, alors que les conditions anatomo-physiologiques de l'utérus disposaient encore à cette forme de la phlegmasie, et que cette disposition était puissamment secondée par l'état du sang, dont le chiffre de la fibrine à cette époque des couches est encore fort élevé : quelques jours plus tard, et ces mêmes causes occasionnelles n'eussent

plus trouvé ces mêmes éléments et n'auraient plus produit les mêmes effets ; tout au plus en serait-il résulté une métrite chronique ou sub-aiguë.

Dans le cours de cette métrite, nous avons eu à constater divers troubles dans les fonctions puerpérales de l'utérus ; ainsi son retrait a non-seulement été arrêté, mais son volume a même paru augmenter par suite de la fluxion que détermine toute phlogose sur l'organe qui en est le siége. Une autre partie de ses fonctions, bien autrement importante, l'écoulement lochial, a d'abord disparu ; un peu plus tard et dans des moments d'amélioration, il a reparu séreux ; dans un autre moment il s'est montré sanguinolent ; ce n'est que vers la fin de la maladie et lorsque la métrite semblait éteinte, que les lochies sont devenues blanchâtres, comme il advient physiologiquement à cette époque des couches : preuve entre mille autres que l'altération ou le rétablissement des fonctions d'un organe détermine, pour ainsi dire, mathématiquement l'altération ou le retour vers la santé de celui-ci.

Parmi les symptômes sympathiques qui ont accompagné l'affection utérine dont nous nous entretenons, nous signalerons la céphalalgie, la toux, les dérangements de l'estomac et des intestins, ceux de la circulation et du péritoine. Ici, se sont manifestés quelques symptômes qui auraient pu faire croire à l'extension de la métrite à la membrane séreuse de l'abdomen ; ainsi le développement du ventre, sa sensibilité, l'accélération du pouls, les nausées, l'altération de la face ; mais ces symptômes seuls ne pouvaient tout au plus que faire redouter une complication si commune en cas pareils, la péritonite : ici, ils n'ont été que passagers, et nous ne les avons considérés, ainsi que les précédents, que comme sympathiques de la phlogose utérine, dont un peu moins d'intensité a suffi pour les faire disparaître. On conçoit toute la sympathie qui doit exister entre deux organes qui se touchent et qui, pendant la grossesse ont tous deux éprouvé une extension si considérable, des modifications anatomiques et physiologiques si profondes. Il se peut que l'on ait plus d'une fois pris pour métro-péritonite ce qui n'était que métrite simple avec accompagnement de symptômes péritonéaux sympathiques.

Ce principe, admis par le vieillard de Cos et sanctionné par sa sage expé-

rience : « *Ubi stimulus, ibi fluxus,* » s'est encore trouvé confirmé par les phénomènes qui ont caractérisé cette métrite. En effet, la sécrétion laiteuse a diminué tant que la phlogose utérine a sévi avec intensité ; elle a, au contraire, augmenté quand celle-ci a diminué. L'on ne peut attribuer cet effet à la faiblesse générale dans laquelle était plongée l'économie, puisque l'abondance du lait a reparu au moment où cette débilité était à son apogée.

Nous avons vu l'application de sangsues au siége être promptement suivie d'amélioration ; mais elles n'ont pas jugulé la maladie, ni déterminé son mouvement résolutif. Nous croyons avoir alors commis une faute que nous ne ferions plus aujourd'hui, c'est de ne pas avoir débuté par la saignée générale, et n'avoir eu recours qu'ensuite aux applications de sangsues. En thérapeutique, c'est une règle générale et qui souffre peu d'exceptions que, dans le début d'une inflammation aiguë, parenchymateuse, siégeant sur un organe doué de beaucoup de vie et d'activité, comme l'est alors l'utérus, la saignée générale plus ou moins abondante et répétée, lorsqu'il n'existe pas de contre-indication, diminue les symptômes généraux et locaux de l'affection inflammatoire, l'élément fluxionnaire, et favorise ou décide la terminaison par résolution : elle dispose, en outre, l'économie à être favorablement influencée par les évacuations sanguines locales, qui, dans ce cas, concourent au dégorgement de l'organe malade plutôt que d'en aider le mouvement fluxionnaire, comme il n'arrive que trop souvent. Nous ne doutons pour ainsi dire pas que si, chez le sujet de cette observation, nous eussions suivi cette méthode de traitement, nous eussions obtenu la terminaison par résolution de cette métrite aiguë, que nous avons vu passer à l'état chronique.

Si, dans le cours de la métrite puerpérale, le péritone est de tous les organes celui auquel s'étend le plus fréquemment la phlogose utérine, il nous a paru que l'estomac et les intestins étaient ceux qui lui montraient le plus de sympathie, et surtout de sympathie durable.

Nous avons vu la douleur utérine d'abord occuper ce viscère tout entier, vouloir ensuite se localiser au côté droit de son corps ; c'est qu'en effet il n'est pas rare de rencontrer cette phlegmasie plus forte sur un point

de l'utérus que sur l'autre, se concentrer et parcourir toutes ses périodes jusqu'à la suppuration, le ramollissement, la gangrène ou l'état chronique, sur une partie à l'exclusion des autres.

Nous avons vu, dans le cours de la chronicité du mal, se développer sur les intestins une inflammation intercurrente ; se manifester des symptômes de fièvre rémittente ; le muguet s'emparer de la muqueuse buccale. Nous avons, dans ce cas, rencontré ce que la pratique offre habituellement dans le cours des maladies aiguës qui se terminent par l'état chronique, acquièrent une longue durée et déterminent un affaiblissement général de l'économie. Il semble alors que les parties du corps qui ont avec l'organe malade le plus de sympathie, sont surexcitées, que leur sensibilité est exagérée au point de se trouver dans un état imminent d'inflammation. Joignez à cela l'appauvrissement des globules sanguins, qui rend proportionnellement plus prédominant le chiffre de la fibrine, et donne, par là, au sang quoique appauvri et diminué de quantité, des qualités qui disposent l'économie entière à l'inflammation et, par conséquent, favorise la disposition phlegmasique des organes précités. C'est ainsi que l'on pourra rendre raison d'une partie des faits pathologiques qui tombent sous la loi d'après laquelle, par cela seul qu'un organe est enflammé dans l'économie, l'on voit partie ou totalité des autres disposés à contracter le même genre d'affection : cette loi est surtout juste à l'égard des phlegmasies aiguës avec fièvre, qui ont pour effet constant d'augmenter l'élément phlogistique du sang, la fibrine.

Si la métrite est quelquefois accompagnée de diarrhée, il arrive aussi qu'elle détermine une constipation plus ou moins forte et pénible. Chez la femme qui fait le sujet de cette observation, nous avons vu la constipation succéder au dévoiement. Nous n'avons pas voulu passer sous silence ces deux phénomènes morbides, afin de faire ressortir et apprécier les indications thérapeutiques qu'ils peuvent présenter. Si le dévoiement est abondant, s'il est lié à une inflammation des intestins qui complique fâcheusement la maladie principale ; si, par son abondance, il tend à affaiblir trop les ressources de la nature ; oh! alors, il faut lui opposer une médication active, telle que les antiphlogistiques, les narcotiques par la bouche et en

et l'appétit reparait faiblement. La malade est sensible au froid, quelquefois même elle éprouve un peu d'horripilation. La sécrétion laiteuse ne s'est pas supprimée brusquement, mais elle a été en diminuant, et a fini par disparaître sans que cette disparition ait paru avoir d'influence fâcheuse sur la maladie existante ; les sueurs puerpérales, déjà beaucoup diminuées, ont cessé complétement ; les lochies ont offert de l'irrégularité sous le rapport de leur couleur, de leur abondance et de leur durée : tantôt séro-sanguinolentes, rouges ; tantôt abondantes par moment, tantôt rares et en apparence supprimées ; plus tard elles sont devenues blanchâtres et ont dégénéré en leuchorrée, pour laquelle on a appliqué le spéculum utéri qui a amené la découverte de petites ulcérations superficielles sur la lèvre antérieure du museau de tanche, ulcérations que l'on a fait disparaître par la cautérisation avec le protonitrate acide liquide de mercure; ces ulcérations étant guéries, la leuchorrée a cessé. Dès l'origine de la maladie, existait une augmentation de volume de la matrice, qui en rendait le corps plus ou moins arrondi, et dont le fond dépassait le détroit supérieur du bassin. Si, alors, elle se couchait sur l'un ou l'autre côté, elle percevait la sensation d'un corps lourd qui retombait sur le côté déclive. On a plusieurs fois employé les sangsues à l'anus, à l'hypogastre et aux lombes; les bains de siége et les bains généraux; les lavements émollients, les émollients sur le ventre; des narcotiques en lavement et par la méthode endermique, un régime et des boissons antiphlogistiques, sans obtenir que des demi-succès, tels qu'une diminution sensible dans les symptômes fébriles et non dans les phénomènes nerveux, un affaiblissement des symptômes locaux, mais sans obtenir une guérison parfaite. Au vingt et unième jour des couches, la maladie se présentait sous une forme plus chronique, et à dater de cette époque jusqu'à ce jour (27 juin 1847), voilà bientôt six ans, elle n'a pas cessé d'exister. Elle a offert une foule de phénomènes qui nous ont paru dignes d'intérêt et que nous allons rappeler sommairement. Nous avons déjà cité l'inflammation chronique du col sur lequel s'étaient formées des ulcérations superficielles avec leuchorrée. Plus tard, et quand les cautérisations eurent combattu ces accidents, la malade commença à se plaindre d'une douleur sourde, pesante, située derrière les pubis, avec envies fréquentes d'uriner, diminuant beaucoup par le coucher en suppination, augmentant par la station debout et la marche, et déterminant alors des tiraillements vers le ventre jusque l'épigastre, qui forcent la malade de rester courbée quand elle est debout, comme en marchant. Elle consulta plusieurs médecins : les uns conseillèrent les révulsifs aux cuisses et aux bras ; d'autres les frictions mercurielles sur l'hypogastre, les antiphlogistiques et les narcotiques, sans succès. Désespérée de l'opiniâtreté de son mal, elle se décida d'aller à Paris où elle consulta M. Marjolin; celui-ci, diagnostiquant une antéversion de la matrice, fit de suite appliquer une ceinture élastique, ayant à sa partie correspondant à l'hypogastre un bourrelet en forme de croissant. Aussitôt l'application de cet appareil, cette dame put se redresser,

marcher avec facilité, enfin elle éprouva un tel soulagement qu'au bout de quelques jours elle crut toucher à sa guérison. De retour chez elle, elle porta cette ceinture pendant plus d'un an ; alors elle était mieux, mais n'était pas encore complétement guérie ; les menstrues reparaissaient régulièrement aux époques, mais toujours avec de telles douleurs dans les régions hypogastrique et lombaire, qu'elle se trouvait forcée de tenir le lit presque tout le temps qu'elles existaient ; l'écoulement sanguin ne durait guère que cinq à six jours ; il était accompagné de caillots sans être trop abondant ; souvent ces douleurs précédaient et suivaient de quelques jours l'écoulement menstruel.

Pendant la longue durée de cette maladie, j'ai plusieurs fois été appelé à donner des soins à la malade ; voici ce que nous avons reconnu : tantôt nous avons rencontré l'engorgement de la paroi antérieure de l'utérus, le reste du viscère parassant sain ; tantôt, au contraire, c'était sa paroi postérieure, ou l'un ou l'autre de ses côtés, et jamais le col n'est redevenu malade. Il arriva même que l'engorgement de la paroi utérine postérieure avait simulé une tumeur du rectum, si bien que le médecin traitant avait diagnostiqué un squirrhe de cette partie, erreur qui fut bientôt mise en évidence et par le toucher et par la résolution complète qui se manifesta dans l'engorgement. Selon que celui-ci se manifestait de l'un ou de l'autre côté, il y avait inclinaison latérale vers ce point ; si l'engorgement avait lieu en avant, il se déclarait une antéversion ; si c'était en arrière, c'était une rétroversion qui avait lieu. J'ai plusieurs fois vérifié cette variation du siége de l'engorgement, donnant l'explication de la variation qui se montrait dans les symptômes locaux.

Cette affection s'est accompagnée de phénomènes locaux très-variables, tels que de violents spasmes du sphincter de l'anus ; de très-vives douleurs par la défécation ; des cuissons fort incommodes aux lombes ; quelquefois des symptômes d'irritation gastro-intestinale, de la céphalalgie, de légers accès d'hystérie, se joignaient sympathiquement aux symptômes précités ; rarement il y avait de la fièvre, qui, quand elle existait, était peu intense. Des saignées révulsives du bras, des sangsues et des ventouses autour du bassin, des révulsifs aux extrémités supérieures, des moxas aux lombes, des narcotiques en lavement, en friction et par la bouche, des préparations d'iode et de ciguë à l'intérieur et extérieurement, des demi-bains et des bains entiers, sont les moyens qui furent mis en usage. Par moment, ils ont procuré du soulagement, qui, plus tard et surtout par l'influence des douleurs qui précédaient, accompagnaient et suivaient les règles, était remplacé par un retour du mal qui, en paralysant le bien produit par telle ou telle médication, finissait par anéantir la puissance d'action de celle-ci sur l'économie et à rendre ses effets nuls pour l'utérus, et nuisible pour l'estomac et les intestins. Les saignées révulsives, faites selon la méthode de Lisfranc, ont toujours produit du soulagement, surtout dans la disménorée.

Avant de finir, nous ferons observer que, longtemps avant la deuxième grossesse,

cette femme avait été atteinte d'une inflammation chronique de la muqueuse pharyngienne ; que cette affection avait aussi montré beaucoup d'opiniâtreté, et qu'elle était restée rebelle pendant plusieurs années à une foule de médications.

Le fait que nous venons de rapporter offre un bel exemple de métrite puerpérale chronique ; en effet, la maladie ne débute que le huitième jour, époque des couches où déjà les circonstances diverses qui disposent aux phlegmasies aiguës sont moins prononcées ; le chiffre de la fibrine du sang est proportionnellement moins élevé ; celui des globules gagnent au contraire en élévation ; les sueurs puerpérales sont généralement dissipées ou considérablement diminuées ; leur suppression ne peut plus avoir autant d'influence sur les caractères et la marche des phlegmasies qui viendraient à se développer ; la sécrétion laiteuse est bien établie, sa suppression est difficile ; la sécrétion lochiale n'est plus ou que peu sanguinolente, sa diminution produit des effets moins fâcheux ; le retrait de l'utérus est plus ou moins avancé, il est déjà assez considérable pour qu'il ait rendu de la consistance à ce viscère, pour que son tissu musculaire, vasculaire et nerveux, ait déjà perdu beaucoup de son hypertrophie physiologique ; il n'est donc pas surprenant qu'à cette époque de l'état puerpéral, la métrite débute et marche sous forme chronique. Ici, le peu d'acuité des symptômes, la marche lente de la maladie, sa longue durée, ont bien caractérisé la chronicité du mal.

Il est des individus qui peuvent être atteints d'affection inflammatoire, aiguë ou chronique, et qui n'offrent, pour caractères de leur maladie, que quelques phénomènes locaux, et peu ou point de phénomènes généraux ; il en est d'autres, au contraire, chez qui la phlegmasie, même légère ou chronique, se dessine par une foule de symptômes locaux et généraux. Madame d'A.... était du nombre de ces derniers ; chez elle, non-seulement les symptômes pathognomoniques étaient nombreux, mais les phénomènes sympathiques étaient si multipliés que, par moment, surtout, l'on aurait pu croire à la maladie d'un grand nombre d'organes à la fois ; et chez elle, comme chez la généralité des individus de cette espèce, l'on rencontra quelquefois des symptômes particuliers, tels que des douleurs lancinantes, des contractions spasmodiques, des brûlements, des phénomènes nerveux variés, qui pou-

contré des circonstances semblables, pour les ranger parmi les exceptions ; et, jusqu'à ce qu'une statistique satisfaisante sur ce sujet en ait décidé, nous croyons qu'il est prudent de douter.

§ II. — *Pathologie de la métrite puerpérale aiguë et sub-aiguë.*

La matrice, chez les nouvelles accouchées, se trouve dans des conditions particulières résultant des modifications de texture qu'elle a subies pendant la grossesse et de la fonction qu'elle vient d'accomplir : non-seulement ces conditions favorisent le développement de la métrite, mais encore elles impriment à cette maladie une physionomie spéciale, à laquelle participe aussi la composition particulière du sang, la surexcitation de l'innervation générale, les modifications anatomiques survenues dans les organes qui avoisinent l'utérus, les fonctions puerpérales, etc.

Ce paragraphe sera divisé 1° en pathologie de la métrite puerpérale aiguë et 2° en pathologie de la métrite puerpérale chronique. Dans ces deux divisions seront renfermées toutes celles que l'on a voulu faire de la phlogose utérine, soit relativement aux diverses terminaisons qu'elle peut offrir, soit relativement à l'époque de son développement, à son étendue, à sa durée, à son intensité, etc.

A. Pathologie de la métrite puerpérale aiguë.

Il règne, dit Delhaye, entre les praticiens, tant pour les définitions que pour les dénominations de l'inflammation du tissu propre de l'utérus, un grand désaccord. Les uns ont appelé métrite l'inflammation de la muqueuse utérine ; d'autres ont donné ce nom à l'inflammation de la séreuse qui sert d'enveloppe externe à l'organe. Ces deux dénominations, dit-il, sont fausses ; la première, en effet, constitue le catarrhe utérin ; l'autre appartient à la péritonite. L'anatomie pathologique a su scinder les signes pathognomoniques de ces deux affections. Mais la véritable métrite, celle qui a son siége dans le tissu cellulaire et fibro-musculaire propre de l'organe reproducteur, ainsi que de ses annexes, et qui a été confondue à tort avec les deux états morbides ci-dessus, mérite d'autant plus de fixer

peu intense ; le pouls est accéléré, sans être plein ni dur ; il n'y a pas d'écoulement par le vagin. Traitement : régime doux, eau de riz, et à prendre par cuillerée la potion suivante :

℞ : Solution de gomme arabique ℔ i.
Ajoutez sirop de pavots blancs ℥ ii.

Son état est resté stationnaire pendant les quatre jours suivants, c'est-à-dire jusqu'au **12**. Mais elle a ressenti des douleurs dans tout le globe utérin, plus fortes à gauche qu'ailleurs, accompagnées par moment de dureté et de contraction de l'organe.

La nuit du **11** au **12**, ces symptômes ont augmenté ainsi que la diarrhée ; elle ne peut rester au lit ; aussitôt qu'elle veut y entrer, les tranchées utérines et les envies d'aller la forcent de descendre ; les selles sont toujours liquides, elles sont devenues sanguinolentes et accompagnées de tenesme, d'épreintes très-vives (dysenterie). Le pouls est plus plein et plus dur. Traitement : même régime, eau d'orge, douze sangsues à l'anus. Pendant que les sangsues coulaient, déjà elle a éprouvé du soulagement. Les jours sont toujours meilleurs que les nuits ; elle est mieux levée que couchée.

Le **13**, la nuit a été calme ; je lui fais prendre deux quarts de lavement à la graine de lin avec addition de six gouttes de laudanum de Rousseau dans chaque. Après celui du soir, les symptômes précités redoublèrent d'intensité, aussi, la nuit du **13** au **14** fut-elle des plus mauvaises. Traitement du **14** : saignée du bras **16** onces, trente gouttes d'acétate d'ammoniaque par jour dans trois verres d'eau sucrée ; du reste, idem.

Le **15**, elle va beaucoup mieux.

Le **17**, elle est tellement bien qu'elle n'a dû se relever que deux fois.

Le **20**, elle est convalescente ; mais, dit-elle, si je veux faire quelques forts ouvrages, aussitôt les douleurs utérines reparaissent. Cette femme est arrivée à terme, et s'est accouchée d'un enfant bien portant.

On peut aussi ranger dans les causes prédisposantes de la métrite puerpérale quelque cas de contusion violente de l'utérus en plénitude, des éraillements de ce viscère par suite d'efforts, éraillements à la suite desquels il est quelquefois survenu une imflammation locale, puis une perforation complète, qui a permis au fœtus et à ses annexes de sortir de l'utérus et même du ventre par une voie insolite. L'auteur de la ***Pratique des accouchements*** (1) en cite un exemple.

(1) Tome III, page 107.

Une inflammation développée spontanément pendant la grossesse peut produire des effets presque aussi fâcheux en ramollissant le tissu de l'organe. Cruveilhier (1) cite le cas d'une femme qui périt le jour même de son accouchement, après avoir ressenti, pendant plus d'un mois, des douleurs dans un des côtés du ventre. De ce côté même, on trouva une large rupture entourée de bords ramollis, frangés, contenant du pus, rupture évidemment due aux contractions utérines durant le travail, mais préparée par la métrite. Nous avons rencontré un exemple à peu près semblable, le voici :

SEPTIÈME OBSERVATION. *Métrite partielle, ramollissement et amincissement des parois correspondantes de l'utérus; rupture de cet organe pendant le travail; passage de l'enfant dans le ventre; mort.* — Je fus mandé à P....., par réquisitoire de M. le procureur du Roi près le tribunal de....., pour y visiter, conjointement avec deux confrères, D.... et S...., le cadavre de la femme Saint-J....., qui venait de succomber pendant le travail d'un accouchement à terme. Un malveillant, ayant attribué à la négligence de l'accoucheur, qui avait visité, mais avait laissé cette femme pendant trois jours dans les maux sans chercher à la délivrer par les ressources de l'art, l'avait dénoncé de ce chef à l'autorité judiciaire.

Nous nous sommes rendus, au jour et à l'heure indiqués, auprès du cadavre précité ; après avoir obtenu des parents l'historique de ce qui s'était passé ; après en avoir fait l'examen physique, nous en avons fait l'autopsie ; voici, en résumé, ce que ces diverses recherches nous ont appris : cette femme avait souffert de la partie antérieure droite de l'utérus pendant plusieurs jours avant le travail de l'accouchement. Ce travail avait commencé d'une manière anormale, il marchait de même ; l'enfant se présentait en bonne position, tout faisait espérer un accouchement naturel, mais qui traînait en longueur, ainsi que cela se rencontre si souvent chez les primipares. L'accoucheur avait visité cette femme plusieurs fois ; il avait trouvé tout régulier, et, plutôt que de rester auprès de la patiente, il avait confié à une sage-femme le soin de terminer cet accouchement qui, disait-il, devait se faire naturellement. Mais au troisième jour du travail, et après avoir éprouvé vainement beaucoup de fortes douleurs expulsives, tout à coup, au milieu d'un de ces maux, se manifesta une douleur déchirante, spontanée, qui mit immédiatement fin au travail si animé et si fort de l'utérus ; aussitôt la forme du ventre a changé ; des douleurs brûlantes se sont déclarées dans tout le péritoine ; ces douleurs ont été en s'affaiblissant et ont insensiblement disparu ; la femme s'est affaiblie, la peau s'est décolorée ;

(1) *Journal hebdomadaire et universel*, tome IV, page 228.

elle s'est refroidie, a éprouvé des sueurs froides, des symptômes de défaillance ; elle a succombé quelques heures après l'accident.

Arrivés au domicile de la défunte, nous avons trouvé :

1° Le corps d'une femme de trente à trente-cinq ans, de petite taille, étendu sur un lit et dans un état de décomposition extérieure assez avancé. Les deux commissures des lèvres sont tachées par une quantité considérable de matière noirâtre composées de sang extravasé et de mucosités.

2° L'abdomen, volumineux et énormément distendu par des gaz et par le produit de la conception, est couvert de phlyctènes remplies d'une eau verdâtre. La teinte de la peau de cette partie est aussi de la même couleur, et l'épiderme s'enlève facilement sur toute sa surface.

3° Les parties génitales ont laissé s'écouler une grande quantité de liquide sanieux, mais pas de sang pur.

4° Procédant à l'ouverture du crâne, nous avons trouvé le cerveau injecté de sang ; les vaisseaux de la pie-mère étaient évidents et gorgés de sang. Les sinus veineux de la dure-mère étaient à peu près vides, mais les veines de la base du crâne étaient distendues par beaucoup de sang coagulé ; le cerveau, coupé par tranches, était de consistance ordinaire, mais offrait des myriades de points rouges, comme s'il en eut été sablé. Les ventricules contenaient environ une demi-cuillerée de sérosité.

5° Les seins étaient volumineux et laissaient sécréter le premier lait, ou colostrum.

6° La poitrine, examinée attentivement, se trouvait dans un état tout à fait physiologique.

7° A l'ouverture de l'abdomen, le premier objet qui frappa nos regards, fut le corps d'un enfant du sexe féminin, sorti de la matrice et logé dans la cavité péritonéale. Le synciput correspondait à la cavité cotyloïde droite, et la face à la symphyse sacro-iliaque gauche. Le plan postérieur du corps correspondait à la paroi antérieure de l'abdomen, il se dirigeait de bas en haut et de droite à gauche. Le plan antérieur était en rapport avec la masse intestinale ; la tête était profondément enfoncée dans l'excavation du bassin.

8° Le placenta, détaché, se trouvait aussi dans l'abdomen, il était dans la fosse iliaque droite ; sa continuité avec l'ombilic existait encore.

9° Cet enfant, extrait du sein maternel, avait la grandeur et le volume d'un enfant à terme et bien portant. Le placenta était de même tout à fait sain et intact.

10° L'enfant ne présentait d'autre altération qu'une forte contusion vers l'angle gauche de la mâchoire inférieure et sous l'oreille, comme si cette partie eut été violemment comprimée contre le bord correspondant du détroit supérieur du bassin.

11° Ayant disséqué l'utérus et ses annexes jusqu'à la vulve, nous enlevâmes ce système d'organes pour l'examiner plus facilement. Nous avons remarqué à la partie antérieure et inférieure de la matrice une déchirure de cinquante-neuf lignes d'étendue, intéressant le col lui-même et la portion du vagin qui l'enveloppe.

Deux cas de même nature sont cités par M. Luroth, d'après Henne et Jacquerez (1). Il est dit, dans le même ouvrage et à la même page, que le docteur Danyau a vu une femme qui, accouchée d'un enfant mort à huit mois, succomba le soir même à un ramollissement de l'utérus. Il pense que cette affection avait précédé de beaucoup l'établissement du travail. Morgagni (2) en cite un cas « *Ventre illicò aperto, nonnihil inflammatus uterus; in hoc autem puella jam mortua inventa est, cujus alioquin viscera, ut et cœtera quæ in materno erant ventre, secundum naturam se habebant.* »

Peut-être, disent Boivin et Dugès (3), la métrite se montre-t-elle plus souvent qu'on ne dit, et donne-t-elle lieu à un avortement spontané, suivi d'accidents inflammatoires, qu'on lui attribue à tort, puisqu'il n'en est que l'effet. Cependant il est des observations authentiques qui prouvent la possibilité de la métrite à la suite de l'avortement spontané : il est plus commun de l'observer à la suite de l'avortement provoqué par des manœuvres coupables, par la perforation des membranes, opération dans laquelle il est plus d'une fois arrivé que l'utérus lui-même était blessé. L'expulsion d'une môle peut produire le même effet. Il peut en être ainsi de certaines suites d'accouchements naturels et à terme qui, à la prédisposition amenée par le travail antécédent, ajoutent les fatigues d'une sorte de parturition nouvelle. Les tranchées utérines sont fréquemment dues à la présence de caillots ou de lambeaux de secondines que l'utérus doit chasser, et pour l'expulsion desquels il faut souvent qu'il exerce des efforts d'autant plus énergiques que la mollesse et l'exiguïté de ces corps étrangers les soustraient davantage à son action. Il y a même tels cas où les tranchées ne semblent produites que par un état de plénitude des vaisseaux, si mieux l'on aime y voir un état spasmodique comparable aux crampes des muscles fatigués par une longue marche, et se renouvelant indéfiniment pendant les premiers jours de la couche. Alors nous avons vu plusieurs fois la matrice devenir promptement sensible au toucher, se gonfler, se durcir,

(1) Ouvrage cité de Boivin et Dugès, t. II, page 21. — (2) Épist. XX, art. 9. — (3) Ouvrage cité, t. II, page 22.

la douleur se propager vers les aînes et tous les symptômes d'une métrite se déclarer par degrés.

La présence et l'adhérence d'un reste de placenta ont pu agir de cette manière, ou bien par une irritation directe, pour déterminer la métrite. Bien que, dans la pratique, l'on ait souvent vu cette cause rester sans effet, des caillots s'échapper en déliquium putride, le placenta tomber en décomposition ou être résorbé, sans produire de métrite, il est cependant des faits où la phlegmasie utérine, déterminée par l'une ou l'autre de ces causes, a été prouvée par l'ouverture du cadavre. Morgagni (1) rapporte le fait suivant :

« *Intereà fœtida materia e naturalibus exibat cum frustis seccundarum nonnullis. Denique convulsivi motus, et singultus ingruunt : venter valdè intumescit: et ægra, undecimo a partu die, moritur... Dissecto utero, magna placentæ portio occurrit, cujus pars per os uteri propendebat, pars utero arctè affigebatur, ut vix posset, cultri etiàm ope, separari..... Eam autem, cui adhæserat, uteri partem altior inflammatio occupabat, quæ per reliquam etiam illam faciem sed leviter, extendebatur.* »

Des lésions physiques dues à de mauvaises manœuvres, des déchirures accidentelles, des ruptures spontanées peuvent donner lieu à la métrite. Il est des auteurs, Cruveilhier entre autres, qui attachent beaucoup d'importance à ces causes dans la production de la métrite et de la métro-péritonite. Il est à remarquer, cependant, que ces lésions sont assez rares, et que, même quand il en existait d'assez graves, on a obtenu des guérisons sans inflammation violente. On a aussi rangé au nombre des causes de la métrite la dystocie, l'inertie utérine, l'agglomération de nouvelles accouchées dans un même local.

Un travail long et pénible a quelquefois été la seule cause connue de métrite ; c'est sans doute cette circonstance qui rend la maladie plus commune chez les primipares.

Des injections froides et surtout styptiques dans l'utérus, nécessitées par une hémorragie, ont quelquefois décidé la brusque apparition de cette

(1) *Epistol.* XLVIII, art. 28.

phlegmasie. Le froid seul aurait pu amener le même résultat, qu'il donne assez souvent quand il agit à l'extérieur; dans le premier cas, c'est comme excitant qu'il agit; dans le deuxième, c'est en refoulant vers l'intérieur, et surtout vers l'utérus déjà surexcité et par la grossesse et par le travail, les humeurs et les forces de la périphérie.

Le froid et en même temps l'humidité, disent Boivin et Dugès (1) disposent éminemment aux maladies puerpérales; mais c'est peut-être moins comme absence directe de la chaleur, que comme manifestation d'une constitution atmosphérique inconnue dans sa nature, qu'il faut considérer cet état de l'air. Cependant l'on a vu plusieurs fois le refroidissement, les courants d'air être cause occasionnelle de la métrite. On peut en dire autant des écarts de régime, des émotions morales subites.

Le frisson, souvent violent, qui annonce l'invasion du mal, a maintes fois fait attribuer à un refroidissement extérieur ce qui en était tout à fait indépendant.

Sous le règne des théories humorales, auxquelles on revient sagement et toujours appuyé sur des faits ou des expériences, le froid jouait un grand rôle comme supprimant la transpiration, les lochies, le lait même et produisant de fâcheuses métastases.

1° « La matière de la transpiration, disent Boivin et Dugès (2), ne saurait être transportée par métastase, puisqu'elle est excrétée aussitôt que formée. Donc les effets fâcheux qu'on observe, quand elle est arrêtée par le froid, ne tiennent qu'au changement de température; c'est une action dynamique et non matérielle. »

2° « Frank, disent-ils, ridiculise avec raison, les prétendues répercussions des lochies, qu'on faisait voyager dans l'économie, pour frapper, maléficier tel ou tel organe. Que la métrite arrête momentanément l'écoulement des lochies, rien de plus naturel, mais alors la suppression est effet et non cause de la maladie; d'ailleurs il s'en faut de beaucoup que cette suppression soit constante; elle ne dure quelquefois que pendant le frisson; l'évacuation peut se rétablir ensuite et devenir seulement plus odorante que

(1) Tome II, page 24. — (2) Tome II, page 25.

matière, qui constitue les lochies, est le résultat du retrait de l'utérus sur lui-même, le liquide est exprimé par les contractions ondulentes de la matrice comme celui que la compression d'une éponge fait sortir de ses cellules; *b.* L'autre partie des matières lochiales est une véritable sécrétion de la surface interne de l'organe gestateur. Or, que la métrite, en arrêtant ce retrait, fasse cesser ses effets, c'est chose probable, mais qui n'est pas plus constante que ne l'est la suspension de cette rétraction ; et que, comme dans le coryza, le catarrhe pulmonaire, etc., la phlegmasie utérine suspende momentanément la sécrétion de la surface interne de l'utérus, rien de plus physiologique. Mais la suspension du retrait de l'utérus par une cause quelconque, une émotion morale vive par exemple, en laissant séjourner dans le parenchyme utérin la grande quantité de liquide dont il est imprégné, et surtout en permettant l'abord, dans ses nombreux vaisseaux, du sang qui tend à s'y porter, me paraît bien capable de devenir cause de la phlegmasie de l'organe; dans ces cas, la métrite serait donc liée à la suppression ou à la diminution des lochies, elle leur serait consécutive.

A toutes les considérations que nous venons d'émettre sur ces trois fonctions puerpérales et que nous avons déjà développées longuement ailleurs, nous ajouterons que le sang des femmes en couches, dont le chiffre de la fibrine offre en moyenne 4,6, et où proportionnellement le chiffre des globules est très-bas, est phlogistique, c'est-à-dire qu'il dispose l'économie, et particulièrement les organes prédisposés, à l'inflammation. Si, comme nous l'avons dit ailleurs, cette qualité du sang est nécessaire à l'établissement des fonctions puerpérales précitées, et que l'accomplissement de celles-ci lui deviennent réciproquement utile pour récupérer son état normal, l'on conçoit que leur trouble, surtout leur suspension, en laissant dans le sang cet excès de fibrine, favorisera d'autant les phlegmasies qui viendront à se manifester alors.

Ces causes ne sont pas les seules dont il faille admettre l'influence. La métrite puerpérale, souvent sporadique, se présente quelquefois avec un caractère épidémique manifeste. Dans le premier cas, le concours des causes précitées ne suffit pas toujours pour produire la maladie, et l'on voit chez des femmes débiles l'accouchement le plus laborieux n'être quelquefois suivi

d'aucun accident fâcheux, tandis qu'en temps d'épidémie, le mal peut se développer au milieu de circonstances beaucoup moins fâcheuses, et même dans des conditions favorables en apparence. Aussi, pour expliquer l'origine de ces épidémies, faut-il reconnaître l'action d'une cause cachée, dont les effets se multiplient par l'influence de l'encombrement, d'une exposition malsaine, d'un lieu mal aéré, du voisinage d'émanations putrides, et peut-être aussi quelquefois par contagion. On a cru trouver cette cause dans certaines constitutions atmosphériques, mais la statistique a démontré que la maladie peut se développer en toute saison, par toute espèce de température, dans les latitudes les plus diverses.

M. le docteur Delhaye, de Montignies-sur-Roc, signale, comme pouvant donner lieu à la métrite, le refroidissement de tout le corps et surtout des extrémités pelviennes dans un accouchement long et laborieux; l'abus du coït pendant la gestation; la négligence des saignées que peut réclamer l'état de la femme enceinte; une nourriture succulente chez les personnes sanguines; l'exercice poussé à l'excès et déterminant la pression du fœtus sur les parties les plus déclives de l'utérus; l'application de compresses froides sur l'hypogastre, les parties génitales externes et les cuisses. Tout récemment encore un exemple de la toute puissance de cette cause s'est présenté à notre observation; le voici :

Huitième observation. *Métrite puerpérale suite de l'emploi sur le ventre, les parties génitales externes et les cuisses, de compresses imbibées d'eau froide; mort.* — La femme A. G....., D'y....., âgée de quarante ans environ, de taille moyenne, de constitution médiocre, sans tempérament dessiné, ménagère, habituellement bien portante, a eu sept enfants à terme qu'elle a allaités; elle s'est accouchée de son dernier le 24 décembre 1847; l'accouchement fut naturel, et la délivrance était terminée depuis une heure, quand une métrorragie abondante vint à se déclarer, accident qui, depuis quelques mois, se montrait fréquemment dans la localité; on fit chercher le médecin du lieu qui ne tarda pas à arriver, et qui, malgré une température très-basse de l'atmosphère, fit appliquer des compresses d'eau froide sur le ventre, les cuisses et les parties externes de la génération; cette médication, pour faire cesser l'accident hémorragique, fut employée sans interruption pendant une heure toute entière : lorsque la métrorragie cessa, la femme, presque exsangue, commençait à ressentir des symptômes de défaillance à laquelle on pouvait tout aussi rationnellement attribuer l'arrêt de l'écoulement sanguin

qu'au froid mis en usage. Pendant ce long laps de temps, cette femme fut glacée et comme anéantie; ce n'est que plusieurs heures après la cessation de l'emploi des réfrigérants qu'elle parvint à se réchauffer.

Je la vis le sixième jour des couches; voici ce qu'elle m'apprit et ce que je reconnus : à la suite de la ménorragie, elle se trouva très-faible; la fièvre de lait ne fut pas apparente, la sécrétion laiteuse presque nulle; il n'y eut pas de sueurs puerpérales et peu de lochies, lesquelles furent sanguinolentes, puis séro-sanguinolentes et sans autre odeur que *gravis odor puerperii*. Lors de ma visite, elle offre une décoloration générale de la peau et des muqueuses visibles; il existe un bruit de soufle manifeste dans les carotides et une faiblesse générale prononcée; le pouls est mou, peu développé, un peu accéléré. Elle est couchée en suppination et offre un commencement de prostration; les pommettes offrent une couleur rose-clair; les lochies restent peu abondantes et de bonne nature; elle n'a presque plus de lait; la tête et la poitrine paraissent intactes; elle se plaint d'éprouver à l'épigastre un sentiment d'oppression; la langue est blanche, décolorée; elle a peu d'appétit et peu de soif; le ventre est assez fortement météorisé, peu sensible à la pression; elle ressent à l'hypogastre, surtout à gauche, une douleur sourde, qui augmente lorsque le bout des doigts, en exerçant le palper hypogastrique, détermine sur le corps utérin une pression même légère. Le retrait de la matrice a été suspendu; aussi cet organe dépasse-t-il le bord supérieur des pubis de trois travers de doigt; urines libres; selles idem. Repos physique et moral, des émollients sur le ventre. Le huitième jour vers le soir, elle s'est éteinte; l'autopsie ne fut pas faite.

Selon M. Willemin, c'est aussi une cause prédisposante et quelquefois occasionnelle que cette double condition d'un accouchement à l'hospice, d'où ces pauvres ouvrières, pressées de retourner à leurs travaux, sortent bien avant le temps nécessaire au retrait régulier de l'utérus, et quelquefois malgré leur état de souffrance. Il cite aussi, comme une cause fréquente de métrite puerpérale, la déchirure profonde du col de l'utérus.

Tous les cas de dystocie, dit Fabre (1), qui obligent à mettre en contact avec la matrice la main ou divers instruments, et ceux qui contraignent l'utérus à de violentes contractions, tels que la sortie prématurée des eaux de l'amnios, tête volumineuse du fœtus, expulsion d'une môle, etc., le tamponnement du vagin, l'acte du coït à une époque trop rapprochée de l'accouchement, sont aussi des causes de phlegmasie utérine puerpérale.

(1) *Bibliothèque du médecin praticien*, art. *Métrite puerpérale*.

Symptomatologie.

S'il est rare de trouver, sur le cadavre, l'inflammation isolée du tissu de la matrice, et sans complication de phlegmasie des veines, des vaisseaux lymphatiques ou du péritoine; si elle existe fréquemment avec la fièvre puerpérale, il n'est pas moins rare, non plus, de rencontrer pendant la vie exclusivement les symptômes propres à la métrite pure et simple. Généralement la métrite puerpérale est une affection complexe. Elle a surtout ce caractère en temps d'épidémie; ses différentes variétées anatomiques sont alors peu distinctes pendant la vie, et elle se présente d'ordinaire sous l'une des formes symptomatologiques de la fièvre puerpérale.

Ces complications diverses, qui donnent à la métrite puerpérale des caractères si variés, sont cause que, jusqu'aujourd'hui, les auteurs ne sont pas tombés d'accord sur la marche à suivre dans la description symptomatologique de cette affection : sous ce rapport, les uns ont distingué la métrite puerpérale 1° en celle qui offre une forme inflammatoire franche; 2° en celle qui se présente sous forme typhoïde (Fabre, Boivin et Dugès, etc.). D'autres l'on désignée, comme nous l'avons déjà vu, 1° en métrite puerpérale; 2° en métrite post-puerpérale (Chomel); d'autres, 1° en métrite puerpérale aiguë; et 2° en métrite puerpérale chronique (Delhaye, etc.); enfin, et tout récemment, M. Willemin (1) désigne sous le nom de métrite puerpérale idiopathique, la phlegmasie utérine lente et offrant peu de gravité dans ses symptômes. « Nous avons fait choix, dit-il, du nom de métrite puerpérale idiopathique, qui a l'avantage de ne pas spécifier l'époque à laquelle l'affection a débuté pendant ou après l'accouchement. Cette dénomination exprime en outre un fait important, c'est que cette maladie est locale, bien différente des métrites pyogéniques qui dépendent d'un état général de l'organisme, caractère commun à toute la classe des fièvres puerpérales. »

« Nous rangeons, ajoute-t-il (2), dans quatre séries les observations que nous avons recueillies de métrite idiopathique puerpérale : la première

(1) *Archives générales de médecine*, 4e série, tome XV, pages 291 et suivantes.
(2) Ouvrage cité, page 291.

comprend les cas de métrite puerpérale idiopathique avec volume anormal de l'utérus, douleur et fièvre; la deuxième, les métrites puerpérales avec volume anormal de la matrice, douleur, mais sans fièvre; la troisième : ici la douleur manque ainsi que la fièvre, il ne reste qu'un volume de l'utérus plus considérable qu'il ne l'est habituellement, joint à d'autres symptômes, tirés de l'état des lochies (en général sanguinolentes) et de celui du col de l'utérus. C'est à cette forme que se rapportent la plupart des cas de cette affection, considérée quand les premiers symptômes fébriles ont déjà cédé, quelquefois spontanément : elle est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit, et s'il se présente peu de nouvelles accouchées, dans ces conditions, pour réclamer les soins du médecin, c'est que l'absence de douleurs ne les rend pas attentives à un état morbide souvent difficile à constater. A une quatrième série appartiennent les cas les plus rares, ceux de métrite sans fièvre, sans tumeur à l'hypogastre, mais avec douleurs, jointes à d'autres symptômes, tels que lochies anormales.

« Enfin, chacune de ces formes de métrite des nouvelles accouchées peut se compliquer de l'inflammation du tissu cellulaire environnant, qui constitue les phlegmons pelviens. Cette complication, qui pourtant n'est point rare, n'a pas été suffisamment signalée par les auteurs qui se sont occupés de l'étude de la métrite. »

Il est probable que M. Willemin ignorait, lorsqu'il a écrit ces lignes, les travaux du docteur Delhaye sur le même sujet.

Nous avons dit précédemment que nous adoptions la division de la métrite puerpérale en aiguë et chronique : la subdivision de la métrite puerpérale aiguë admise par Burns (1), nous a paru préférable aux autres en ce qu'elle comprend tous les faits de même nature que l'on rencontre dans la pratique, tout en conservant une distinction marquée entre la forme aiguë et chronique de la maladie. « L'inflammation de la matrice, dit cet auteur, peut paraître sous deux formes, l'*une* légère et circonscrite, l'*autre* étendue ou grave. La première commence dans les neuf jours qui suivent la délivrance; elle ressemble beaucoup à la fièvre éphémère, et est regardée comme telle

(1) *Encyclop.*, 4e div., Obstétrique, page 370.

par la garde-malade. Souvent la femme a des frissons qui, quelquefois, sont remplacés par des horripilations, et qui, d'autres fois manquent. Pour connaître le mode d'invasion de la maladie, on est souvent obligé de s'en rapporter aux dires des malades; or, voici le résultat de ce qu'elles vous apprennent : beaucoup commencent par éprouver des tranchées utérines, qui manquent chez d'autres. Chez toutes, le premier symptôme constant, celui qui se manifeste en même temps que la fièvre, avant elle ou sans elle, consiste en des douleurs qu'elles désignent sous le nom de coliques. Ces douleurs de ventre sont loin d'occuper primitivement ou exclusivement la région hypogastrique. C'est tantôt l'hypocondre gauche, tantôt le droit qui en est plus particulièrement atteint; tantôt l'une des deux régions iliaques ou l'hypogastre. »

« Rarement, dit Willemin (1), les malades ont éprouvé des douleurs lombaires. Les douleurs sont en général obscures, quelquefois gravatives; elles augmentent sensiblement par la pression, par la marche qui détermine, encore vers la fin de la maladie, une sensation de pesanteur très-pénible dans le bassin. »

La femme éprouve des maux de cœur, quelquefois des vomissements; le pouls est fréquent, sans être dur ni vibrant; la peau devient chaude, et, entre la période du froid et celle de la chaleur, la malade commence à se plaindre d'une douleur sourde dans le bas-ventre; cette douleur, qui n'est pas constante, peut être prise pour celles qui suivent les couches. L'écoulement des lochies continue et la sécrétion du lait n'est pas arrêtée. Cet écoulement lochial est susceptible de grandes variations : tantôt il persiste, même malgré les évacuations sanguines que l'on peut pratiquer; d'autres fois il disparaît momentanément pour reparaître quelques jours après; ce qui est plus constant, c'est sa nature sanguinolente, qui persiste, et qui, dans certains cas, augmente même après la première semaine.

« La douleur est légère, dit Burns; elle se fait généralement sentir près des pubis, mais elle peut aussi s'étendre dans le côté ou vers l'aîne; quelquefois il y a des douleurs lombaires, mais ordinairement il n'y en a aucune,

(1) Ouvrage cité, page 457.

à moins que la malade ne se lève. La douleur du ventre n'est pas perçue de suite lorsque la malade est en repos ; mais elle se fait sentir quand la femme se remue ou quand on exerce avec la main une pression assez forte; ou bien, de temps en temps une ou deux douleurs aiguës causent des élancements à travers la région utérine. »

La palpation de la région hypogastrique fait reconnaître, le plus souvent, une tumeur qu'à sa disposition globuleuse ou piriforme, à son siége, à sa sensibilité, et à l'aide du toucher, il est facile de rattacher à l'utérus. Suivant le degré d'intensité de l'affection, suivant l'époque de l'invasion, et enfin selon la durée antérieure de la maladie, cette tumeur varie singulièrement de volume ; mais ce volume anormal ne dépend pas seulement de l'arrêt du retrait régulier de l'utérus : l'inflammation produit à son tour une augmentation de volume, et dans le cas où la matrice fait encore saillie à l'hypogastre, on voit la tumeur graduellement augmenter sous l'influence de la métrite. Et que l'on n'attribue pas cette augmentation en hauteur à l'inflammation du tissu cellulaire extérieur à l'organe : les recherches anatomiques et les curieuses expériences hydrotomiques récemment imaginées par M. Lacauchie démontrent que le fond de l'utérus ne présente qu'une très-faible coiffe de tissu cellulaire; ce n'est donc pas à l'engorgement de ce tissu qu'il faut attribuer cet accroissement de volume, quelquefois considérable.

La tumeur, formée par l'utérus phlegmasié, se porte tantôt à droite, tantôt à gauche. « On ne peut guère rapporter la cause de cette inclinaison, dit Willemin (1), qu'au relâchement des ligaments larges, effet ordinaire de la grossesse. La matrice, n'étant pas suffisamment soutenue, cède à son propre poids; lorsqu'elle entre en voie de dégorgement, on la voit généralement reprendre sa situation normale. » C'est bien au relâchement des ligaments utérins qu'est due cette inclinaison ; mais pourquoi a-t-elle lieu dans un sens plutôt que dans l'autre? Cela peut tenir à diverses circonstances, dont les deux principales sont : *a*. le coucher habituel de la femme sur un des côtés; *b*. l'engorgement plus prononcé de l'utérus d'un côté que de l'autre. Dans la métrite des nouvelles accouchées, l'utérus

(1) Ouvrage cité, page 458.

ne fait pas nécessairement saillie à l'hypogastre, comme le prouve l'observation X de M. Willemin. Ce phénomène fait défaut quand l'inflammation survenant tardivement, trouve l'utérus déjà revenu sur lui-même.

Après les signes fournis par la palpation, viennent ceux fournis par le toucher vaginal et rectal. Ce mode d'exploration fait reconnaître des lésions variées et de nombreuses modifications de siége, de forme, de consistance du col utérin; il sert puissamment à établir la nature réelle de la tumeur perçue à l'hypogastre, ainsi que le siége véritable de l'engorgement. Ainsi, tantôt le doigt ne rencontre point encore le col descendu à sa portée; tantôt il y a antéversion de l'utérus et le col est dirigé vers l'angle sacro-vertébral, disposition qui, selon M. Willemin, peut bien n'être pas étrangère au développement de la métrite. Si le toucher est pratiqué à une époque voisine de l'accouchement, on trouve l'orifice encore béant, le col non réformé. Nous avons même, dit cet auteur, rencontré cette disposition de l'orifice encore dilaté, et admettant facilement le doigt indicateur, au troisième jour des couches. L'inflammation est-elle moins intense ou l'époque de l'accouchement plus éloignée, le col est réformé, mais les lèvres en sont molles et boursouflées. Plus tard encore il est presque revenu à l'état normal. « Nous avons été surpris, dit M. Willemin (1), de n'y point rencontrer l'excès de sensibilité que les lèvres, la théorie peut-être, indiquaient comme particulier à la métrite. Jamais nous n'avons constaté la sensibilité morbide que ce viscère conserve, selon M. Chomel (2), dans la portion vaginale de même qu'à l'hypogastre. »

Une altération du col utérin, qui a particulièrement fixé l'attention de M. Willemin, c'est sa déchirure profonde. Il l'a rencontrée quatre fois sur neuf, et à des intervalles déjà éloignés du moment de l'accouchement. Au huitième ou dixième jour des couches on trouve, dit-il, l'orifice utérin prolongé à gauche par une scissure d'un à deux centimètres de longueur, et dirigée soit en haut et en avant, soit dans l'axe transversal de l'orifice, soit en bas au-dessous de la commissure. L'entaille est parfois si profonde que le lambeau supérieur forme comme une valvule flottante au devant du col.

(1) Ouvr. cité, page 459. — (2) *Dict. de méd.*, tome XXX, art. *Métrite*.

Au contraire, n'examine-t-on l'organe qu'au vingtième jour, par exemple, la déchirure a perdu de son étendue et de sa profondeur, mais elle se traduit encore par une fissure qui peut occuper toute la portion du col accessible par le vagin.

Nous avons dit que le toucher pouvait servir à établir la nature réelle de la tumeur perçue à l'hypogastre. En effet, si le mouvement communiqué au col de l'utérus se transmet à la main qui appuie sur le bas-ventre, il est évident que la tumeur est formée par la matrice. Dans un cas de phlegmon iliaque, ce déplacement en masse indique que le phlegmon a des connexions intimes avec l'utérus, qu'il fait pour ainsi dire corps avec lui.

Ordinairement les malades sont constipées, comme elles le sont fréquemment dans les premiers temps qui suivent la délivrance ; il est des exemples, cependant, qui prouvent que la diarrhée peut exister, mais à une époque éloignée de leurs couches. En général, l'appétit est conservé ou peu altéré ; il y a plus ou moins de soif et de trouble dans le sommeil. Le pouls, qui est quelquefois fréquent, tombe, au bout d'un jour ou deux, à cent, et, selon Burns, varie de quatre-vingt-dix-huit à cent et huit. La tête est plutôt lourde que douloureuse ; la malade peut sentir de légères douleurs dans le ventre et dans les côtés. Quelquefois les intestins sont remplis de gaz, d'autres fois ils n'en contiennent pas.

Quelquefois il existe un peu de strangurie. « Relativement à l'émission des urines, dit M. Willemin (1), nous n'avons point observé le phénomène signalé par Dugès, par Chomel et d'autres qui ont traité de la métrite : savoir, que ce liquide est rendu fréquemment, en petite quantité à la fois, et avec souffrance pour la malade. Une seule nous a dit avoir uriné au début plus fréquemment que de coutume. »

Dans cette forme légère de la métrite, généralement les malades ne présentent aucun symptôme morbide du côté des mamelles, et, malgré la relation intime de ces organes avec l'utérus, aucun retentissement inflammatoire ou nerveux n'y éclate.

La marche de cette forme de métrite varie selon le traitement qu'on

(1) Ouvrage cité, page 461.

lui oppose ; quelquefois sa durée est fort courte, elle ne se prolonge pas *plus* qu'une fièvre éphémère ; alors ses symptômes cèdent au traitement, ou *ils* peuvent être calmés au point que la fièvre et la douleur cessent ; mais quand alors la phlegmasie n'est pas complétement dissipée, si la malade vient à se lever, elle ressent une pesanteur sur le fondement, qui dure plusieurs jours ou même des semaines entières, de sorte que la femme ne peut se tenir debout et qu'elle éprouve un besoin instinctif de s'asseoir. « Il n'est point facile, dit Burns (1), de distinguer cet état d'un prolapsus, que par le toucher, qui démontre quelquefois une légère déviation du col, même un peu de sensibilité de cette partie ; les pessaires apportent peu ou point de soulagement. La maladie continue d'être opiniâtre, empêchant la femme de marcher quoiqu'assez bien portante, jusqu'à ce qu'un peu de matière purulente, ou encore plus souvent un peu de sang s'écoule comme les règles ; alors la guérison arrive promptement. »

Souvent, dit le même auteur, dans l'espace d'une quinzaine de jours, le pouls devient plus lent, l'appétit revient par degrés, et ces circonstances sont précédées ou accompagnées d'un léger écoulement sanguin, ou d'une matière purulente par le rectum ou le vagin.

La marche de la métrite légère et franchement inflammatoire est en général des plus simples. Les émissions sanguines font rapidement disparaître la fièvre lorsqu'elle existe et calment les douleurs, qui cèdent à leur tour. Reste l'intumescence, et c'est avec une rapidité bien variable que l'utérus se dégorge. En général, la déplétion est d'autant plus prompte que l'inflammation était plus aiguë, et qu'elle avait éclaté à une époque plus rapprochée de l'accouchement. Peu à peu la matrice perd de son volume ; les lochies, de sanguinolentes qu'elles étaient dans quelques cas, redeviennent blanchâtres ; les phénomènes généraux, faiblesse, céphalalgie, constipation, se dissipent, et ordinairement trois semaines ou un mois après l'accouchement, les malades peuvent reprendre leurs occupations.

La métrite puerpérale légère et franchement inflammatoire n'est pas d'un diagnostic difficile. Quand elle est aiguë et avec fièvre, la circonstance

(1) Ouvrage cité.

d'un accouchement récent, les douleurs plus ou moins aiguës dans le bas-ventre, accompagnées de fièvre ; la tumeur plus ou moins considérable que l'utérus forme encore dans le bassin ; la sensibilité vive, la disposition ovoïde ou pyriforme, la matité que présente cette tumeur, l'écoulement sanguinolent qui se fait par le vagin, l'état de dilatation plus ou moins grande de l'orifice utérin, et enfin, le déplacement produit par le doigt porté dans le vagin ne permettent pas de méconnaître la métrite.

S'il y avait simple rétention des lochies ou de sang épanché dans la cavité utérine, les tranchées pourraient bien exister avec le volume considérable de la matrice et la fréquence du pouls ; mais il y aurait absence de tout écoulement lochial, circonstance qui, à une époque si voisine de la délivrance, mettrait immédiatement sur la voie du phénomène anormal. Pour l'épanchement de sang, on aurait les signes généraux d'une hémorragie interne. Dans l'un ou l'autre cas, l'orifice ne serait point dilaté, comme il l'est dans les premiers temps qui suivent l'accouchement.

Quant à l'inertie de la matrice après la délivrance, état qui pourrait s'opposer au retrait régulier de l'organe, elle paraît être un fait rare et dépendant de conditions particulières. Mais les douleurs vives de la métrite aiguë feraient défaut précisément à cause de ce manque de stimulation ou d'excitabilité des fibres utérines ; il n'y aurait point de fièvre inflammatoire ; la tension, la sensibilité exagérée des parois abdominales et de la tumeur elle-même manqueraient également.

Lorsque, comme M. Willemin en a rapporté des exemples, il y a tumeur hypogastrique sans fièvre, la rétention d'urine, formant à l'hypogastre une tumeur plus ou moins volumineuse, ne pourra en imposer qu'un seul instant pour une métrite. En effet, la tumeur dont la figure est plutôt ovoïde ou piriforme et à grosse extrémité supérieure comme dans la métrite, est aussi plus superficielle. La matité est absolue, tandis que dans le cas de retrait incomplet de l'utérus, on rencontre souvent, à une percussion légère, une sonorité qui indique la présence de l'intestin au devant de la tumeur : ce n'est qu'à une percussion pratiquée avec force que l'on trouve la matité. En outre, le cathétérisme vide et fait disparaître la tumeur. Le soulèvement ne pourrait pas être obtenu.

D'autres tumeurs formées également par la matrice, peuvent exister indépendamment de la tuméfaction puerpérale. Celles qui seraient constituées par des polypes, des corps fibreux et différentes dégénérescences, ne sauraient en imposer pour une métrite. Si l'utérus est assez développé pour remonter jusqu'à l'hypogastre, le col est en général entr'ouvert, et souvent dans ce cas la tumeur hétérogène fait saillie hors de l'orifice utérin. L'écoulement de sang, s'il a lieu, constitue de véritables pertes ; il est alors intermittent et non point continu, comme l'écoulement lochial, lequel est d'ailleurs rarement formé par du sang presque pur, si ce n'est immédiatement après l'accouchement, quand la méprise n'est pas possible. Les tumeurs cancéreuses se reconnaissent par des signes propres, par les bosselures que l'on perçoit, soit à la palpation hypogastrique, soit au toucher, et ne présentent point cette forme égale, cette surface unie de l'utérus qui n'a point subi son retrait après l'accouchement.

Pour les tumeurs indépendantes de la matrice, on les reconnaîtra à l'impossibilité d'exercer le soulèvement, à l'état normal du col, à l'absence d'écoulement lochial, etc.

La péritonite a des symptômes si tranchés (sensibilité extrême de l'abdomen, ballonnement, vomissements ou nausées, pouls petit, fréquent et serré, etc.), qu'on la distinguera toujours facilement de la métrite.

Quand la tumeur hypogastrique fait défaut, le diagnostic pourrait être parfois plus embarrassant. Les douleurs vives qui ont eu lieu peu de temps après l'accouchement et qui durent encore, l'état anormal du col, l'écoulement morbide plus ou moins sanguinolent qui se fait par le vagin, ne peuvent laisser de doute sur l'existence d'une inflammation de l'utérus.

Dans le cas d'une congestion utérine à la suite de l'accouchement, les symptômes morbides que l'on pourrait observer, ne persisteraient pas au delà de quelques jours tout au plus ; ils n'auraient pas été précédés de douleurs aiguës, etc.

L'hystéralgie ne déterminerait point d'écoulement morbide ; le col serait à l'état normal. Les douleurs elles-mêmes auraient un caractère particulier ; elles seraient vagues, intermittentes ou du moins très-variables dans leur intensité.

Des adhérences morbides peuvent exister et empêcher le retrait normal de la matrice ; mais les douleurs de la métrite manqueraient ; on connaîtrait en général les circonstances où ces adhérences auraient pu se produire; parfois on pourrait les apprécier directement, soit par la palpation hypogastrique, soit par le toucher vaginal. L'utérus ainsi fixé aurait perdu sa mobilité normale, et au lieu de celle que lui imprime l'impulsion du doigt, il y aurait plus ou moins de rigidité et de fixité du col et de toute la tumeur.

Quant au diagnostic des phlegmons pelviens, il n'offre également, dans la plupart des cas, que peu de difficulté. La circonstance d'un accouchement récent, le retrait en général incomplet de l'utérus, la présence dans l'une des régions iliaques, plus souvent à droite, quelquefois des deux côtés, d'une tumeur ordinairement mal circonscrite, profonde, mate à la percussion, avec empâtement de la région et sensibilité vive à une pression même légère ; tous ces signes réunis ne peuvent laisser de doute sur la nature de la tumeur. Sans doute, il reste une question de diagnostic spécial à élucider sur le siége précis, sur l'étendue réelle de la tumeur, sur les organes qui entrent comme élément dans sa composition. Le siége de l'induration, commençant quelquefois sur l'un des côtés même de l'utérus, permettra de prononcer qu'elle s'est développée dans le ligament large. Y a-t-il interruption manifeste entre la tumeur située dans la fosse iliaque et la tumeur hypogastrique? le phlegmon a son siége dans le tissu cellulaire de la fosse iliaque.

La terminaison de la métrite légère et franche des nouvelles accouchées est généralement favorable. Si la maladie est abandonnée à elle-même, si, après quelques jours seulement de repos, la nouvelle accouchée retourne à ses travaux, malgré les douleurs qu'elle ressent, la durée de l'affection augmentera sans que le pronostic prenne néanmoins plus de gravité. Quand, dit Willemin, on aura constaté l'existence d'une lésion profonde du col utérin, on devra être plus réservé dans son jugement.

B. Métrite puerpérale étendue et grave.

Son invasion commence le plus souvent par un frisson plus ou moins violent, accompagné souvent de tremblement et de claquement des dents ;

ce frisson manque quelquefois. Bientôt après la maladie se caractérise par une douleur hypogastrique, s'étendant vers les lombes et les régions inguinales. Cette douleur s'exaspère par intervalle au point d'arracher des cris à la malade ; elle augmente par la pression et par tous les mouvements du tronc. A cette douleur se joint un sentiment de chaleur dans le bassin ; cette douleur dure sans intermission, quoiqu'elle soit sujette à s'exaspérer de temps en temps, comme de très-violentes douleurs de couches ; ces exaspérations paraissent d'abord provenir des constractions et du spasme des fibres enflammées.

Cette forme de métrite débute souvent entre le deuxième et le troisième jour des couches, quelquefois plus tard, d'autres fois plus tôt. La région utérine est douloureuse à la pression ; elle est plus ou moins tuméfiée. Il y a peu de gonflement général du ventre et peu de tension ; les parois sont plus tôt affaissées, et l'on peut sentir distinctement, à travers, l'utérus plus dur que de coutume ; il est aussi très-sensible, tandis que la malade peut supporter la pression sur d'autres parties du ventre, pourvu qu'elle soit faite de manière à ne pas étendre son effet à l'utérus : le corps de cet organe dépasse de plusieurs centimètres le pubis et remonte quelquefois jusque près de l'ombilic ; il donne une sensation de pesanteur. La malade éprouve ordinairement une difficulté d'uriner, ou une rétention complète d'urine, ou une strangurie très-pénible. Le toucher vaginal fait percevoir une élévation de température des parties génitales internes ; le col de l'utérus est sensible à la pression, mou, largement entr'ouvert, et la partie accessible du corps de cet organe est douloureuse au contact du doigt : la muqueuse vulvo-vaginale prend une couleur plus foncée. — « Ces phénomènes locaux varient, dit M. le docteur Delhaye, selon l'intensité, l'étendue et le siége de l'inflammation. Si elle occupe le fond de la matrice, on sent une tumeur résistante et sensible en dessous de la région ombilicale : existe-t-elle à la partie antérieure et voisine du col, alors il y a tumeur, douleur, strangurie, et le toucher rencontre le col gonflé, douloureux et chaud. L'organe est-il enflammé dans sa partie postérieure, il y a ténesme avec constipation, sensation d'un corps bouchant le rectum dans la défécation, et le doigt indicateur introduit dans l'anus lève toute incerti-

tude. Lorsque le mal siége à la partie latérale du viscère, la tumeur d'abord vascillante quand elle occupe le ligament large, devient bientôt fixe par ses adhérences avec les parties voisines; c'est dans ces cas que l'on rencontre l'engourdissement avec contracture plus au moins forte du membre du côté malade, et que la tuméfaction, la chaleur, la douleur répondant à la fosse iliaque, en imposent pour un phlegmon de cette cavité. »

Lochies sanguines, quelquefois très-abondantes, quelquefois momentanément supprimées, d'une couleur et d'une odeur à peu près normales; quelquefois cet écoulement est purulent. Les seins ne se gonflent pas ou se flétrissent s'ils sont déjà gonflés, la sécrétion du lait est aussi diminuée ou abolie.

Presque en même temps que les symptômes locaux apparaissent, toute l'économie est affectée. La fièvre est intense, la face est rouge et animée, de très-bonne heure le pouls devient fréquent et dur, la peau chaude. Souvent il y a céphalalgie gravative, quelquefois insomnie, délire et tremblement. Il y a des maux de cœur, parfois des vomissements d'un liquide bilieux. La langue, d'abord blanche et sèche, devient rouge et enflammée; l'urine est très-colorée et trouble; quelquefois il y a constipation, d'autres fois diarrhée.

On a quelquefois remarqué de la dysurie, du resserrement à la gorge; quelquefois, aussi, il y a un peu de lait aux mamelles; ce lait est de mauvaise qualité, et l'enfant en ressent bientôt les pernicieux effets.

« Quelquefois, dit Burns, c'est la membrane interne ou muqueuse qui est principalement affectée, et, après la douleur, la fièvre et la suppression des lochies, il s'établit un écoulement puriforme. Dans le cas où l'inflammation occupe particulièrement la membrane interne de l'utérus, la douleur n'est pas constante, mais l'utérus est toujours sensible à la pression, et la malade se plaint de paroxysmes, comme de violentes suites de couches, avec des douleurs vagues dans l'abdomen et le thorax; l'écoulement, alors, est fétide et séro-purulent; la peau est chaude et quelquefois moite; le pouls est d'une fréquence modérée; le sommeil est troublé et la tête douloureuse. Quelquefois les intestins se remplissent de gaz et gênent plus ou moins la respiration. »

Durée et marche de la maladie. La durée de la métrite est plus ou moins longue selon ses terminaisons. On doit craindre pour la suppuration, dit M. Delhaye, toutes les fois qu'elle se prolonge jusqu'au troisième septénaire; alors les symptômes offrent de la rémission. Pendant que le pus se forme, la douleur est moins vive, le pouls se ramollit, il y a des frissons suivis de chaleur et de sueurs qui ne produisent aucun allégement; le ventre est empâté inférieurement et du côté malade; il y a inquiétude au physique comme au moral.

Quelle que soit la forme que la métrite présente, sa marche est plus ou moins rapide; elle arrive quelquefois, après une durée variable, à une terminaison funeste. Il est rare que ses phénomènes prennent très-rapidement une grande intensité; la mort ne survient guère avant sept à huit jours. Et, lorsque la maladie est sporadique, et qu'elle est combattue à temps par une médication appropriée, elle se termine assez souvent d'une manière heureuse : dans ce cas, les douleurs hypogastriques perdent de leur acuité, les lochies reparaissent au moins en partie, les seins se gonflent, la sécrétion du lait se rétablit, et l'utérus revient peu à peu sur lui-même, son fond se rapproche insensiblement du pubis; en même temps le pouls baisse, la chaleur diminue, il survient une transpiration favorable, et la malade se rétablit du deuxième au troisième septénaire.

Parfois il survient quelques accidents consécutifs, tels que l'œdème d'un membre inférieur (*phlegmatia alba dolens*), ou bien il se forme des collections purulentes dans le bassin. Dans les cas de métrite gangréneuse, quand les symptômes de la gangrène se développent un certain temps après ceux de la métrite, la maladie peut se prolonger pendant plusieurs jours; mais, quand les phénomènes du ramollissement gangréneux suivent de près l'accouchement sans avoir été précédés d'accidents inflammatoires, l'affection marche avec une extrême rapidité vers le terme fatal, et emporte quelquefois la malade dans l'espace de trente-six à quarante heures.

Lorsque la métrite marche lentement vers une terminaison funeste, à la période vraiment inflammatoire en succède une qu'on pourrait appeler adynamique, dans laquelle les forces baissent, le pouls devient petit, fré-

quent, serré, la face pâle; il y a des vomiturition, de la diarrhée, un léger subdélirium; mais point de fuliginosités, de fétidité dans les évacuations, de prostration véritable, ni de perte complète de connaissance, en un mot, point de vrais symptômes typhoïdes, mais seulement l'épuisement qui se voit dans la deuxième période de toute inflammation grave et mortelle.

Dans quelques cas, l'appareil imflammatoire de la métrite fait place à l'ensemble des phénomènes propres à la gangrène : la malade tombe dans la prostration; la face pâlit et s'altère; l'écoulement vaginal est fétide, la chaleur baisse, le pouls devient petit, mou, précipité, la respiration est pénible, la voix s'affaiblit; bientôt les pommettes, les lèvres et les extrémités prennent une teinte violacée et se refroidissent, les yeux s'éteignent, et la mort vient terminer la scène.

« Si, dit Burns (1), la métrite ne s'étend pas au péritoine, elle se guérit plus promptement que les autres inflammations de l'état puerpéral. Elle peut se terminer favorablement par une transpiration abondante, une diarrhée ou une hémorragie utérine; celle-ci est la terminaison la plus fréquente et la plus complète. Si la douleur se calme, si le pouls s'affaisse, si les lochies et la sécrétion du lait reparaissent, l'on peut espérer une prompte et solide guérison. Mais, dans beaucoup d'autres cas, la maladie est plus opiniâtre, la fièvre continue, le pouls devient plus fréquent, mais il est plein pendant un jour ou deux, après quoi il devient petit; la langue est plus rouge, mais sèche; la douleur ne se calme pas, et au bout de quelques jours surviennent des frissons et la douleur devient pulsative. La face est pâle, à moins qu'une couleur hectique ne couvre les joues; l'urine qui, auparavant, était très-colorée, dépose en grande quantité un sédiment briqueté; il y a insomnie et sueurs nocturnes. Quelque temps après, il s'écoule du pus par le vagin, par le rectum ou par la vessie. Les symptômes de la fièvre hectique persistent pendant plusieurs semaines, et peuvent finir par devenir mortels. Quelquefois la maladie se termine de bonne heure par la mort, le pouls augmente de fréquence, la langue devient très-rouge et les forces s'abattent. Mais, même dans ce cas-ci, on trouvera généralement que la suppu-

(1) Ouvrage cité.

ration s'est établie. Il ne faut point compter sur la diminution de la douleur et l'amélioration apparente du pouls, si la malade continue à vomir, si la langue reste rouge et enflammée, ou s'il se manifeste des aphthes et du muguet. »

Quelquefois le ligament rond est principalement affecté, et la malade se plaint de douleur et de sensibilité dans l'aîne, douleur qui est augmentée par la pression. Au bout de quelque temps, la partie inférieure du ventre est tuméfiée et douloureuse, ou bien on sent une tumeur étendue, dure et fixe, au-dessus du ligament de Poupart. Quelquefois l'estomac devient irritable, il y a fièvre. Cette maladie est souvent causée par une extraction prématurée du placenta. Elle se termine quelquefois par suppuratiou, ou par un gonflement douloureux vers l'anneau du muscle oblique, gonflement qui dure longtemps.

Il y a une espèce de ramollissement décrit par Boër, que plusieurs auteurs ont assimilé à la gangrène, et qui ne semble guère différer ni sous le rapport symptomatologique, ni sous le rapport des lésions cadavériques, ni sous le rapport de la terminaison et du traitement. Il se présente sous deux formes; l'une superficielle, qui est presque toujours liée à d'autres formes inflammatoires, et dont l'existence, d'après Tonnelé, n'a aucune influence sensible sur le reste des symptômes. Le ramollissement *profond* est une affection plus distincte, donnant un caractère malin à la maladie, qui parcourt ses périodes très-rapidement. Il s'étend quelquefois à travers toute l'épaisseur des parois, et le tissu est rouge, presque gélatineux, ou c'est une pulpe inorganique brune ou même noire. On a considéré le ramollissement comme un état particulier et indépendant de la gangrène; il peut commencer avant le travail ou paraître presque immédiatement après l'accouchement, ou quelques jours plus tard. Il se caractérise particulièrement par la prostration prompte et rapide qu'il cause.

A la métrite puerpérale intense on peut appliquer les raisons diagnostiques que nous avons fait connaître en parlant du diagnostic de la métrite puerpérale légère. Elle ne saurait être méconnue quand une fois elle est bien développée; la douleur de l'hypogastre, des lombes et des aînes; la tuméfaction de l'utérus, sa sensibilité à la pression et par les mouvements; les

symptômes fournis par le palper abdominal, le toucher vaginal et rectal; la diminution des lochies, celle du lait, l'appareil fébrile suffisent d'ordinaire pour en signaler l'existence. Cependant les tranchées consécutives à l'accouchement se prolongent quelquefois pendant plusieurs jours, et la fièvre de lait survenant alors, cette coïncidence peut simuler une métrite; mais ici l'intermittence des douleurs, et l'absence du frisson initial feront éviter toute erreur. Ce frisson est toujours d'une haute importance; sa valeur est d'autant plus grande qu'il est plus intense, et il peut suffire pour diagnostiquer la maladie dès son origine, surtout si l'accouchement a été précédé, accompagné ou suivi de l'une ou de plusieurs des causes prédisposantes et occasionnelles que nous avons fait connaître : il doit au moins en faire craindre l'invasion, tenir le médecin en éveil et prêt à agir avec énergie dès le début de la métrite.

On reconnaîtra plus difficilement si la phlogose occupe la surface interne du viscère; si elle en occupe la surface externe ou son parenchyme et si elle se termine par suppuration. Cependant, quand elle siége à l'intérieur de l'utérus, sur sa membrane muqueuse, la douleur n'est pas aussi constante, quoique cet organe soit toujours sensible à la pression; c'est alors que l'on voit les malades se plaindre de paroxysmes, comme à la suite de violentes couches; alors l'écoulement est fétide et séro-purulent; et, quand les douleurs et la fièvre se calment, l'écoulement lochial est puriforme.

Ce qui indiquera l'inflammation de la surface externe de l'utérus est une douleur plus superficielle de l'organe, augmentant davantage et par le mouvement et par la pression, s'étendant plus facilement aux aînes et au péritoine, et se compliquant facilement des symptômes de la péritonite.

Quand la maladie est opiniâtre, la fièvre continue; que le pouls, après avoir été plein et fréquent pendant quelques jours, devient petit; que la langue devient rouge et sèche; que la douleur ne se calme pas et devient pulsative; qu'il survient des horripilations, de petits frissons, des sueurs nocturnes; que la face devient pâle avec coloration momentanée des pommettes; que les urines déposent un sédiment briqueté, et qu'il y a insomnie, l'on est en droit de soupçonner la terminaison de la métrite par suppuration; ce soupçon se changera en réalité si, comme nous l'avons

dit en parlant de la marche de la maladie, du pus vient à s'écouler par le vagin, par le rectum ou la vessie.

Si la métrite s'étend à l'un ou à l'autre des ligaments ronds, ou aux deux à la fois, la douleur et la sensibilité de l'aîne augmentées par la pression et le mouvement de la cuisse du côté malade, ainsi que par le coucher latéral, la pression assise ou debout ; plus tard, la tuméfaction douloureuse, ou le développement d'une tumeur étendue transversalement, dure et fixe, au-dessus du ligament de Poupart ; la flexion de la cuisse du côté malade sur le bassin, de la jambe sur la cuisse ; l'impossibilité d'étendre ce membre, indiqueront que le ligament rond participe à la phlogose utérine, ou que celle-ci s'est étendue pour se concentrer à l'un ou à l'autre de ses ligaments.

Quant à la terminaison de la métrite par ramollissement gangréneux, on sera en droit de la supposer lorsque, d'emblée ou dans le cours d'une métrite aiguë, viendront à se développer les phénomènes propres à la gangrène ; lorsqu'on verra la femme tomber dans la prostration, la face pâlir et s'altérer, l'écoulement vaginal devenir fétide, la chaleur baisser, le pouls devenir petit, mou et précipité, la respiration pénible, la voix s'affaiblir, les pommettes, les lèvres et les extrémités prendre une teinte violacée et se refroidir, les yeux s'éteindre.

La métrite puerpérale est toujours une affection grave, mais le danger varie selon une foule de circonstances : il est, en général, d'autant plus grand que l'inflammation de l'utérus a suivi de plus près l'accouchement ; un frisson violent survenant aussitôt après la parturition est toujours d'un mauvais présage. Quand la phlogose siége sur la membrane interne de l'utérus, elle est beaucoup moins dangereuse que quand elle occupe la surface externe de l'organe ; sa terminaison par suppuration dans le parenchyme de l'organe offre aussi beaucoup de danger, parce que, outre l'infection purulente qui peut en résulter, l'existence de ces abcès parenchymateux peut, par sa longue durée, entretenir l'état phlogistique de l'organe, alimenter la fièvre hectique, disposer aux complications, entraîner le marasme et l'anéantissement des forces et de la vie. Ils peuvent se faire jour par la cavité interne de l'utérus, et alors ils se vident

facilement, se détergent et se guérissent de même ; quelquefois à la suite d'inflammation adhésive, on les voit perforer certains organes voisins, le rectum, la vessie, se vider par là et se cicatriser ensuite ; mais alors le danger est déjà bien plus grand ; les adhérences peuvent être imparfaites et n'opposer à l'introduction du pus dans la cavité péritonéale qu'une digue incomplète, d'où résultera l'introduction de pus dans le péritoine et l'inflammation de cette membrane ; du gaz hydrogène sulfuré, provenant de l'intestin rectum, ou des fèces liquides peuvent, en s'introduisant dans le foyer, irriter celui-ci et alimenter la métrite qui lui a donné naissance ; il pourrait en être de même du liquide urinaire. Enfin ces abcès peuvent s'ouvrir d'emblée dans la cavité péritonéale et occasionner une péritonite souvent mortelle.

La métrite gragréneuse est généralement aussi très-grave ; cependant, quand la gangrène est limitée, et qu'elle est consécutive à une inflammation aiguë, franche de l'utérus, on conçoit que l'eschare puisse se détacher, et que le retrait de la matrice favorise la cicatrisation de la plaie qui en résulte ; mais quand il s'agit d'un ramollissement gangréneux général, annoncé par des phénomènes adynamiques graves dès le début de la maladie, la mort en est la conséquence inévitable.

Il faut ajouter que, quelle que soit la forme de la maladie, le prognostic est plus grave chez les femmes débilitées par le chagrin et les privations que chez celles qui sont placées dans des conditions inverses. Le danger est plus grand lorsque les accouchées sont réunies en grand nombre dans un même local, que lorsqu'elles sont séparées les unes des autres, ou frappées isolément. En 1819 et 1820, alors que Dugès était interne à la Maternité de Paris, des vingt-six métrites simples, observées dans ce laps de temps, treize furent mortelles.

Anatomie pathologique.

L'utérus a toujours un volume plus ou moins considérable ; ses dimensions sont, en général, d'autant plus grandes que la maladie est survenue à une époque plus rapprochée de l'accouchement, et il a souvent 12 à 18 centimètres de longueur, sur 8 à 12 dans le sens transversal.

Il est souvent difficile de dire si le surcroît de volume de l'utérus est pathologique ou normal; toutefois, on peut croire ce viscère pathologiquement tuméfié quand il dépasse la grosseur de la tête d'un fœtus à terme dans les deux premiers jours, celle du poing le troisième et les suivants jusqu'au huitième, où il ne doit plus guère avoir que le double en diamètre des dimensions ordinaires. On sait aussi qu'il est généralement, à l'état sain, d'une couleur rose-pâle, d'une forme assez aplatie, d'une consistance assez ferme, très-tenace surtout, mais sans dureté sous la pression du doigt. En conséquence, une couleur grisâtre, jaunâtre, bleuâtre, ou d'un rouge vif; une consistance très-molle, ou, au contraire, une dureté notable, coïncidant surtout avec une augmentation de volume et une forme sphéroïdale, donnent la preuve d'un état morbide antérieur et le plus souvent d'un état inflammatoire.

A la suite de la métrite, les parois utérines sont épaisses, molles, flasques, leur tissu est ramolli et ressemble plutôt à de la fibrine. La cavité utérine est encore assez grande; sa surface externe est souvent rouge, injectée, quelquefois blanchâtre et révêtue d'une couche pseudo-membraneuse.

Le tissu de l'utérus conserve quelquefois sa couleur rose-pâle et sa consistance naturelle, mais souvent il est plus rouge, injecté, mou; et, dans les cas où la surface interne est livide et noirâtre, il présente un ramollissement partiel ou général, tantôt borné à la couche de fibres la plus interne, tantôt pénétrant à plusieurs lignes de profondeur, traversant quelquefois en un point toute l'apaisseur des parois et donnant lieu à la perforation.

Le col est rarement exempt de lésions, même dans les cas où le corps de l'utérus est peu altéré; il est rouge-livide, mou, fendillé ou déchiré, plus ou moins largement ouvert, quelquefois ecchymosé ou frappé de gangrène.

Andral (1) dit : « l'hypérémie de l'utérus s'observe quelquefois sans autre lésion de cet organe; elle peut en occuper toute l'épaisseur, ou être

(1) *Précis d'anatomie pathologique*, tome III, page 678.

bornée à sa surface interne ; dans ce dernier cas, la membrane muqueuse, qui tapisse les parois de la cavité utérine, s'injecte de sang, et, se séparant du tissu qui lui est subjacent, elle devient on ne peut plus évidente. »

Pour bien apprécier à la nécropsie, la valeur des altérations dans la cavité utérine, il faudrait mieux connaître les changements apportés par les suites des couches à l'état normal. Bien des pathologistes, Dubois, Cruveilhier, etc., comparent la surface interne de l'utérus récemment débarrassée de ses adhérences avec les secondines, à une plaie simple qui, d'abord saignante, passe bientôt à l'inflammation, à la suppuration et à la cicatrisation ; s'il en est ainsi, comment distinguer après la mort les cas où cette inflammation a été normale ou morbide? Selon Boivin et Dugès (1), « l'utérus, alors, a tout au plus perdu un épithélium presque inorganique, un épiderme mince et mou. Supposons, disent-ils, qu'il faille, pour le reproduire, une véritable inflammation, c'est tout au plus à celle d'une portion de peau dépouillée d'épiderme qu'il faudrait la comparer ; or, un vésicatoire, s'il n'est artificiellement irrité, fournira bien quelque peu de sérosité puriforme sans se couvrir d'une fausse membrane, épaisse et opaque ; l'épiderme ne se formera de nouveau qu'au moyen d'une couche mince de matière transparente et à peine perceptible. De même l'utérus fournira d'abord une sérosité mélangée au sang qui s'échappe des sinus imparfaitement clôturés ; puis cette sérosité se chargera d'un peu d'albumine concrète qui donnera aux lochies l'aspect légèrement puriforme, et l'épithélium sera insensiblement reproduit. Mais, toutes les fois qu'un véritable pus enduira la surface utérine ; quand une fausse membrane jaune, verdâtre, ou putride, adhérera aux parois de la matrice, il faudra admettre une inflammation légère ou grave, essentielle ou secondaire, mais réellement morbide. L'on a quelquefois trouvé sur le cadavre de femmes mortes de métrite puerpérale une couenne albumineuse, mince, adhérente, irrégulière, peu consistante, ordinairement jaunâtre, quelquefois teinte en noir ou en rouge par un enduit liquide, sur les parois de la cavité utérine, quelquefois dans toute leur étendue, plus souvent bornée à la face antérieure, à la postérieure, et

(1) Ouvrage cité, tome II, page 12.

surtout à celle qui avait donné attache au placenta. On y rencontre aussi du véritable pus assez liquide pour pouvoir le ramasser avec un scalpel. Tous ces états furent rencontrés avec toutes les conditions particulières aux lochies, avec leur suppression, avec leur nature séreuse ou sanguinolente; tandis que dans des cas, où les lochies étaient puriformes, l'on n'a quelquefois trouvé dans l'utérus qu'un enduit muqueux, blanchâtre, mais point de fausses membranes. » Contrairement à l'opinion de Boivin et Dugès, nous pensons, avec la grande majorité des auteurs, que la cavité de l'utérus, comme celle des trompes, comme toutes celles qui communiquent avec l'extérieur, est tapissée par une membrane de nature muqueuse; non-seulement l'analogie prête à l'admettre, mais les écoulements muqueux de l'utérus, ses affections catarrhales, l'hypérémie de cette membrane, etc., viennent confirmer cette supposition. Aujourd'hui qu'il est bien prouvé que les membranes muqueuses peuvent sécréter du pus, qu'il est impossible de distinguer l'un de l'autre les liquides mélangés de pus et de mucosité provenant de l'inflammation des muqueuses, que ces inflammations peuvent donner naissance à des pseudo-membranes, rien n'est surprenant de rencontrer la cavité utérine enflammée, tapissée de ces pseudo-membranes, ou de mucus purulent.

De même que les lochies sanguines ne font que teindre les fausses membranes de ces métrites, de même elles peuvent leur donner une odeur désagréable, qu'il ne faudrait pas attribuer inconsidérément à un état plus fâcheux encore que l'inflammation; rien de plus simple à concevoir que l'odeur désagréable contractée par les lochies durant leur séjour dans l'utérus et le vagin : ne rencontre-t-on pas ces commencements de fermentation à la surface des vésicatoires, et, surtout, dans le sang des menstrues retenu quelque temps dans la cavité utérine. Mais si, à cette fétidité, se joint une couleur noire ou noirâtre des matières qui tapissent l'utérus, si ces matières sont fortement adhérentes à la surface ou y forment une couche épaisse, si ce putrilage imbibe, pénètre, en quelque sorte, le tissu de la matrice à plusieurs lignes de profondeur; si ce tissu noirci, ramolli, se laisse déchirer par l'ongle, réduire en pulpe par le grattage, alors, sans doute, on peut raisonnablement croire à un état gangréneux et admettre la préexistence

de cette maladie que Boër (1) a nommée *putrescentia uteri*, et que M. Danyau a appelé métrite gangréneuse : au rapport de ce dernier auteur, Désormaux regardait aussi cette altération comme le résultat d'une métrite.

Il ne faudrait pas prendre pour gangréneuse la couche noirâtre et la flaccidité du col de la matrice, quand la femme meurt peu après l'accouchement; ce n'est souvent là qu'une profonde ecchymose; ce n'est point, à proprement parler, un état morbide, mais simplement le résultat de la distension, de la contusion du col utérin, au moment de l'accouchement, et il faut se garder de considérer cet état comme le produit d'une manœuvre imprudente ou mal dirigée, ou d'une maladie développée dans la période inflammatoire. Dans d'autres circonstances, le col utérin se présente avec la même couleur noirâtre, mais ramolli et comme réduit en détritus, que le scalpel peut racler sous forme d'une boullie grisâtre et fétide. « Nous avons, disent Boivin et Dugès (2), une fois même trouvé, trois mois après des couches fatigantes, un utérus mollasse et pâle, dans l'intérieur duquel était une portion charnue, de la largeur de l'ongle et de deux lignes d'épaisseur, véritable eschare détachée d'une ulcération à fond blanchâtre, et à peu près de la même étendue. » Duplay (3) a bien décrit ces mortifications circonscrites, ces escharifications qu'il compare à celles de la potasse caustique; il les a trouvées plusieurs fois dans le col utérin, d'autres fois vers les angles supérieurs du corps de la matrice.

On trouve parfois du pus dans l'épaisseur même de l'utérus, et ordinairement plus près du dehors que du dedans : ce pus forme aussi des bosselures, des tumeurs qui ont depuis un pouce jusqu'à cinq de diamètre; tantôt il est rassemblé en foyers simples ou multiloculaires, verdâtres ou visqueux; tantôt il est infiltré dans les fibres charnues et leur donne une couleur jaune, rougeâtre, apparente même au travers du péritoine. Dans ce dernier cas, il en résulte tantôt des tumeurs dures, saillantes, sur le fond de l'utérus, tantôt des élévations aplaties, molles et larges; celles-ci descendent davantage vers les parties latérales, et souvent se continuent avec des infil-

(1) *Not. méd. obst.*, lib. III, page 179. — (2) Ouvr. cité, tome II, page 15. — (3) *Journal complémentaire*, tome XLII.

trations de pus entre les feuillets des ligaments larges, dans le tissu cellulaire du bassin, dans l'épaisseur du cordon des vaisseaux ovariques, d'où résultent souvent ces vastes abcès dont nous parlerons plus loin.

La surface interne du vagin est souvent d'une couleur brune-ardoisée; les trompes sont tuméfiées, injectées de sang, et contiennent assez souvent du pus dans leur cavité.

Le tissu cellulaire sous-séreux, surtout dans les points où le péritoine est peu adhérent à l'utérus, près du col, sur les parties latérales, dans l'écartement des replis que forment les ligaments larges, est souvent infiltré de pus, et, dans quelques cas, on retrouve ce liquide en différents points du tissu cellulaire du bassin où il peut s'accumuler.

Le docteur Campbell, d'après Burns, rapporte deux cas dans lesquels les nerfs du péritoine, et, dans l'un deux, les nerfs de l'utérus, étaient très-gros.

Nature de la métrite puerpérale légère et grave.

La nature de la métrite puerpérale aiguë est bien manifestement inflammatoire ; l'on pourrait même se contenter des altérations nécroscopiques qu'elle laisse à sa suite pour s'en convaincre; et, malgré cette apparence presque évidente, nous allons en établir la démonstration d'une manière aussi étendue et aussi complète que possible; ce que nous dirons ici, pouvant s'appliquer à beaucoup d'autres phlegmasies puerpérales, nous évitera, pour celles-ci, d'aussi longs détails. Nous allons donc étudier la nature de la métrite 1° sous le rapport de ses causes; 2° sous le rapport de ses symptômes; 3° sous le rapport des altérations pathologiques qu'elle laisse à sa suite; 4° sous le rapport de l'état du sang; 5° sous le rapport du traitement.

Causes de la maladie. L'état anatomique de l'utérus, après l'accouchement, dispose bien manifestement à la phlogose de cet organe ; ainsi toutes ses parties constituantes qui, pendant la grossesse, ont acquis leur summum de développement, en conservent une partie notable après la délivrance; ses nerfs, ses artères, ses veines surtout, ses lymphatiques, son tissu propre, se sont accrus par une espèce d'hypertrophie normale; celui-ci est devenu moins dur, plus musculeux, plus spongieux ; sa sensibilité est

augmentée, sa vie est plus active; ses capillaires sont plus nombreux ; il y a donc, dans cet organe, augmentation d'action et de vitalité. Or, on sait que plus les mouvements organiques d'une partie offre d'activité, plus cette partie est sujette aux phlegmasies ; et l'on a droit d'être étonné que ces maladies ne soient pas plus communes après les couches : si, alors, l'utérus n'est pas plus souvent phlogosé, c'est que ses capillaires sanguins n'offrent pas une abondance proportionnelle aux grosses et moyennes branches ; c'est que ces capillaires sont en partie comme étouffés dans une gangue musculaire très-compacte et très-serrée, plus dense, par exemple, que celle du cœur, dont les inflammations propres sont si rares. Telle est indubitablement la raison pour laquelle la matrice, et surtout son col, offrent une si étonnante proportion numérique d'affections chroniques, de sub-inflammations, de flux asthéniques de dégénérescences variées.

L'on pourrait dire qu'après l'accouchement, la matrice revient sur elle-même, et que, par ce retrait, ses vaisseaux se resserrent, s'aplatissent, se replient ; que la circulation sanguine y est diminuée et ralentie ; et qu'ainsi disparaît la disposition inflammatoire que cet organe semble offrir après l'accouchement. Mais une telle objection n'a qu'une valeur apparente; car, les modifications survenues dans le système sanguin de l'utérus après la déplétion de ce viscère ne sont pas telles, que ces conduits n'admettent encore une quantité de sang bien plus que suffisante à la nutrition des parties auxquelles ils le charient ; et l'habitude du sang à se porter vers l'utérus pendant la grossesse ne cesse pas aussitôt après la délivrance, il en résulte un mouvement fluxionnaire de ce fluide vers l'organe gestateur, qui en favorise les congestions et les inflammations, et que l'écoulement lochial paralyse; du reste, les replis, les sinuosités, l'aplatissement, le resserrement des vaisseaux sanguins de l'utérus, en ralentissant la circulation (et ce ralentissement est le premier phénomène capillaire de l'inflammation) ne favorisent-ils pas le développement phlegmasique de cet organe ; ne disposent-ils pas à ce genre d'affection?

Le travail de l'accouchement, quand celui-ci est naturel, mais surtout quand il y a dystocie, détermine, dans l'utérus, une augmentation de sensi-

Que d'avortements sans suites fâcheuses, mais aussi que d'exceptions ! C'est surtout à la suite d'avortements provoqués dans des intentions criminelles que celles-ci ont lieu. L'emploi du stylet, pour perforer les membranes, détermine si souvent la lésion de l'utérus, que cette lésion a été considérée comme la cause principale des maladies utérines qui peuvent suivre l'avortement. Or, quels peuvent être les effets d'une cause qui détermine dans un organe une solution de continuité? C'est, le plus souvent, une inflammation. De plus, nous savons que, même sans l'emploi d'instruments criminels, l'avortement provoqué comme l'avortement naturel peuvent être suivis de métrite ; ici, comme après un accouchement à terme, on trouve des causes dépendantes de l'état anatomo-physiologique de l'utérus, du travail, et, plus souvent, d'une congestion ou d'une irritation préalable de ce viscère. Ici, du reste, comme à la suite de l'avortement provoqué, la matrice n'étant pas convenablement disposée ni préparée à l'acte qui va s'accomplir, son travail est plus ou moins vicieux et laborieux ; les accidents qui en résultent, tels qu'irritation de l'organe, rétention de caillots, du placenta, de membranes, enfin de parties plus ou moins considérables de l'œuf, peuvent devenir cause des métrites les plus dangereuses.

Ces diverses lésions, soit du col, soit du corps de la matrice, ainsi que ces mêmes causes lorsqu'elles agissent sur d'autres organes, ou bien donnent lieu à un travail physiologique, voisin de la phlogose, qui a pour résultat la résolution ou la cicatrisation des lésions produites ; ou bien ce travail, dépassant les bornes physiologiques, produit une inflammation plus ou moins intense des parties atteintes. M. Willemin n'a-t-il pas prouvé par des faits l'influence de la déchirure du col sur la production de la métrite?

Les moyens que l'on emploie généralement pour conjurer une hémorragie, ont plus d'une fois été les seules causes auxquelles on ait pu rattacher le développement de la métrite puerpérale. C'est par l'action du froid appliqué sur la peau qu'en circonstance semblable nous nous rendons raison du mode d'action des injections froides et styptiques. Le premier effet d'un liquide froid appliqué sur la peau est d'en diminuer momentanément la température, de déterminer le resserrement, la crispation de ses

pores, de ses capillaires, et de refouler vers l'intérieur les liquides qui l'abreuvaient; c'est aussi de diminuer passagèrement sa sensibilité, sa circulation et son activité. Or, sous l'influence de ce premier mode d'action, l'on conçoit qu'une hémorragie utérine peut être arrêtée ou seulement suspendue; que, pendant cet arrêt ou cette suspension, la stase momentanée du sang dans les sinus utérins peut en favoriser la coagulation, et, par conséquent, amener l'obstruction de ces sinus; qu'enfin l'action stimulante du froid sur le système musculaire de l'organe gestateur, peut ranimer ses contractions et combattre son état d'inertie. Mais il est un deuxième effet qui suit inévitablement ce premier si celui-ci n'est rendu continuel, et qui, sous le rapport de ses résultats, lui est tout à fait opposé, c'est d'augmenter la chaleur de la partie avec laquelle il a été en contact, d'accroître sa sensibilité, son activité, l'afflux des liquides et sa circulation; ces diverses circonstances ne sont-elles pas bien propres à donner lieu à la phlogose utérine, affection à laquelle disposent si puissamment les conditions particulières de l'état puerpéral? Et doit-on s'étonner qu'après l'emploi de ces moyens la métrite puerpérale soit si commune?

Nous avons cité l'exemple d'une nouvelle accouchée, où, pour conjurer une métrorragie (qui était loin d'être foudroyante, puisque après avoir duré une heure, elle n'a pas même donné lieu à une syncope) des compresses trempées dans l'eau froide et souvent renouvelées furent appliquées sur l'hypogastre et les cuisses pendant une heure environ, et dont l'application fut suivie d'une métrite mortelle. Les annales de la science contiennent beaucoup d'autres faits analogues. Comment agit ce moyen pour produire un tel effet? L'étude de l'action du froid sur la peau va nous le faire connaître.

Une nouvelle accouchée a besoin, pour que les suites de ses couches soient heureuses, de voir s'établir chez elle l'écoulement lochial, la sécrétion laiteuse et les sueurs puerpérales. Or, si la sécrétion laiteuse fait défaut, et qu'une augmentation des lochies ou des sueurs n'y suppléent pas, généralement ce défaut devient une puissante cause prédisposante de phlegmasies puerpérales en laissant dans le sang les principes qui doivent concourir à la formation du lait, en conservant à ce fluide son excès de fibrine. De même,

si les sueurs n'ont pas lieu, et si l'une ou l'autre des autres sécrétions n'y suppléent, leur défaut produira les mêmes résultats sur la composition élémentaire du sang : or, c'est en diminuant, c'est en empêchant ce transport des humeurs vers la peau, c'est en refoulant vers l'intérieur le mouvement fluxionnaire qui tend à se porter à la périphérie, que le froid agit. Souvent la réaction qui succède à ses premiers effets, paralyse ou guérit le mal qu'il aurait pu produire; d'autres fois c'est une augmentation dans les deux sécrétions qui en neutralise les fâcheux résultats ; mais, outre que cette solidarité entre les diverses fonctions sécrétoires des nouvelles accouchées ne s'établit pas toujours, il arrive aussi que la première action du froid sur la peau si impressionnable d'une nouvelle accouchée est suivie d'un frisson plus ou moins intense qui semble concentrer vers le système utérin, comme plus tard il le fait vers les seins, cet excès de vie, d'action et de fluide qui se portent vers la périphérie, et y déterminer une congestion inflammatoire, que la suspension momentanée des lochies, la diminution de la sécrétion laiteuse, et les autres causes prédisposantes favorisent dans son développement.

Les anciens ont pensé que dans le cas de suppression des lochies, le sang et les humeurs accumulés pendant la grossesse retournaient dans le système veineux général, s'y corrompaient et pouvaient se jeter sur un organe dont ils déterminaient l'inflammation. Cette explication n'est plus admissible aujourd'hui que l'on sait que la suppression des lochies est généralement effet et non cause de maladie. Comme effet, elles jouent un rôle important, comme le prouvent ces améliorations qui coïncident avec le retour de l'écoulement. Nous nous sommes déjà entretenus longuement des lochies, de la sécrétion laiteuse et des sueurs puerpérales. Nous allons le faire une dernière fois, au risque de nous exposer à des répétitions, espérant que ces données pourront être appliquées à l'étude des autres maladies puerpérales.

Que le transport des sueurs sur un autre organe ne puisse avoir lieu, c'est chose reconnue; mais que les matériaux contenus dans le sang et les autres humeurs de la femme en couches et qui fournissent à la peau les éléments de la transpiration, venant à cesser d'être évacués par ce vaste

émonctoire et restant dans le sang, n'aient pas une part fâcheuse, soit dans la production, soit dans la gravité ou la ténacité des maladies qui se développent alors, c'est ce que nous ne saurions admettre. Nous avons si souvent vu des métrites et des métro-péritonites à leur début et qui s'étaient déclarées soit par l'influence d'un courant d'air ou d'un refroidissement qui avait arrêté la transpiration cutanée généralement si abondante chez les nouvelles accouchées, céder et n'être qu'éphémère par l'influence du retour de ces sueurs revenues spontanément, mais plus souvent provoquées par l'application de la chaleur artificielle autour du corps, que nous n'hésitons pas à attribuer quelque utilité, quelque nécessité à l'établissement et à l'entretien de ces sueurs, et, par conséquent, des conséquences plus ou moins graves à leur suppression soit par cause interne, soit par cause externe. Ainsi, comme conséquence de ce qui précède, nous considérons le retour spontané ou provoqué de cette vaste sécrétion, en cas de maladies puerpérales phlogistiques, comme pouvant être très-avantageux, souvent même nécessaire.

Quant aux lochies, nous concevons que leur trouble, leur altération, soit de quantité soit de qualité, ne soit généralement qu'effet. Mais, dans le cours de bien des maladies, que d'effets semblables deviennent cause tantôt d'une augmentation du mal, tantôt de son opiniâtreté, de l'inefficacité des médications employées, de complications plus ou moins graves, etc., et qui méritent d'être pris en grande considération, soit pour la pathogénie soit pour la thérapeutique! Encore une fois, si cette humeur, à laquelle on donne le nom de lochies, ne peut être transportée en nature, en rentrant dans le torrent circulatoire, sur un autre organe et y déterminer des maladies métastatiques, il n'en est pas moins vrai que, comme les sueurs, cette sécrétion est nécessaire et utile au maintien de la santé des femmes en couches. Aussi son altération de quantité ou de qualité coïncide-t-elle généralement avec un état pathologique général ou local, qu'elle ne contribue pas peu à entretenir et à aggraver. Les lochies proviennent, presque en totalité, d'une excrétion utérine; c'est l'effet d'un dégorgement salutaire auquel concourt puissamment le retrait de l'organe; par cette évacuation, sanguine d'abord, puis sanguinolente, etc., le sang tend à recouvrer sa com-

position normale, à perdre son excès de fibrine et, par conséquent, ses dispositions phlogistiques. De plus, elles rejettent au dehors l'excès du fluide sanguin qui, quelque temps encore après la délivrance, afflue sur l'utérus avec excès.

Dans les premiers temps de l'état puerpéral la sécrétion laiteuse est nécessaire non-seulement à l'enfant pour l'aider à évacuer le méconium et à le nourrir, mais encore à la femme, chez qui elle concourt à rappeler l'état normal. En effet, quand une nouvelle accouchée n'allaite pas, et que le lait ne s'écoule pas spontanément ou par une succion artificielle des mamelons, toujours, dans ce cas, nous avons vu ou bien les lochies plus abondantes et de plus longue durée, ou bien, la transpiration cutanée se prolonger ou être plus abondante. Que pendant la durée de l'état puerpéral, une phlegmasie vienne à se déclarer ; si cette affection est assez forte pour attirer vers elle le mouvement fluxionnaire qui se porte vers les seins, l'utérus et la peau, l'on comprend que ces sécrétions ne pourront plus être remplacées par l'augmentation d'une ou de plusieurs autres, et que, outre l'influence de la conservation dans le sang des éléments qui concourent à la création des matières sécrétées, du chiffre élevé de sa fibrine, le développement de la cause dérivative sera singulièrement aidé par le transport vers elle de ces divers mouvements fluxionnaires. En effet, une violente maladie se déclare, un organe devient un centre de fluxion, qui attire tout à lui ; les sécrétions laiteuse, cutanée et autres sont supprimées ou diminuées ; mais dès que la maladie a perdu de son intensité, l'équilibre reparaît en proportion égale dans la distribution des forces, des humeurs, etc., et insensiblement toutes les sécrétions se rétablissent.

La rétention des matières fécales dans le gros intestin peut, par sa longue durée, déterminer de vives douleurs du bas-ventre que l'on voit disparaître après une défécation abondante. Or, c'est en stimulant, en irritant, que ces matières durcies et devenues corps étrangers, agissent sur les intestins ; et c'est le ralentissement de cette action, plutôt que leur pression sur l'utérus, qui a pu, dans certains cas, donner lieu à l'inflammation de ce viscère. L'on peut en dire autant de la rétention urinaire, dont

la fièvre ajoute encore à l'action fâcheuse qu'elle peut exercer sur la matrice.

Jusque dans ces derniers temps, on avait bien admis, pendant la gestation et l'état de couches une altération des humeurs, une modification dans leur composition, mais on n'avait pas cherché, ou du moins on n'était pas parvenu à préciser cette modification, et, par conséquent, à faire connaître le rôle qu'elle peut jouer dans l'état physiologique et pathologique des femmes en couches. Nous avons dit qu'Andral, Gavarret et Delafond, par leurs expériences sur le sang des femmes enceintes, sur celui de quelques animaux domestiques avant et après leur mise bas, avaient tracé la marche à suivre pour parvenir, sur ce sujet, à des résultats positifs. C'est cette marche que nous avons suivie; ce sont ces résultats que nous avons fait connaître précédemment, qui déjà nous ont servi à expliquer plusieurs phénomènes physiologiques et pathologiques, et qui, maintenant encore, vont nous aider dans la détermination de la nature inflammatoire de la métrite puerpérale.

D'après les tableaux que nous avons dressés des divers chiffres élémentaires du sang pendant l'époque puerpérale, nous savons que la fibrine nous a offert en moyenne 4,6; les globules 114,9. Or, l'élévation du chiffre de la fibrine quant aux autres éléments du sang, surtout son excès proportionnellement au chiffre des globules, constitue le sang normal de la femme en couches ; l'on sait qu'une telle composition du sang, chez une femme en vacuité, n'est pas compatible avec la santé, et ne peut appartenir qu'à l'état anémique ou phlegmasique de l'individu. Il est donc facile de comprendre qu'une telle modification dans l'humeur principale du corps doit disposer l'économie, et particulièrement les organes prédisposés, aux affections inflammatoires. Il n'y a donc rien d'étonnant si, surtout à une époque rapprochée de la délivrance où cette modification est la plus prononcée, les phlegmasies sont et plus aiguës et plus graves que dans toute autre condition de la femme.

Nous n'avons pas eu l'occasion de faire l'analyse du sang extrait à des femmes atteintes de métrite puerpérale aiguë ; mais pourquoi l'influence de ces phlegmasies si intenses, accompagnées de si vive réaction sur la com-

position élémentaire du sang, différerait-elle de celle des autres phlogoses? Ici, comme dans le rhumatisme aigu, comme dans la pneumonie, etc., sans doute le chiffre de la fibrine doit augmenter, et nous verrons plus tard combien cet état du sang peut servir à établir la véritable ligne de démarcation entre les phlegmasies et la fièvre puerpérale.

« Enfin, dit Andral (1), pour terminer cette revue de l'état du sang dans les inflammations des membranes muqueuses, disons que l'augmentation de la fibrine n'a manqué ni dans divers cas de cystites aiguës, accompagnées ou non de néphrite, ni dans des inflammations récentes, douloureuses et intenses, de la membrane muqueuse utéro-vaginale ; la fibrine a oscillé, dans ces cas divers, entre 4, 5 et 7. »

D'après ce que nous connaissons du sang chez la femme à l'état puerpéral, nous concluons :

1° Que c'est à l'état du sang que l'on doit attribuer ce que l'on dit des altérations humorales chez les nouvelles accouchées ;

2° Que c'est à sa composition que l'on doit attribuer la plus grande part dans la disposition phlogistique de ces femmes ;

3° Que c'est à son excès de fibrine et surtout à la disproportion qui existe entre cet élément et l'élément globulaire, que l'on doit attribuer l'extrême gravité et l'acuité des maladies inflammatoires de cette époque, ainsi que leur prompte terminaison par suppuration, par gangrène, par ramollissement ou putrescence.

Étude des symptômes quant à la nature de la métrite puerpérale.

Quand la métrite puerpérale aiguë est légère, qu'elle se montre sous la première forme de Burns, sous la forme idiopathique de Willemin, déjà l'on rencontre les symptômes des phlegmasies franches des autres organes, mais à un degré modéré ; ainsi, il y a léger frisson, fréquence du pouls, chaleur de la peau, douleurs sourdes dans le bas-ventre, s'exaspérant par le mouvement et la pression, anorexie et soif, sommeil troublé, diminution des lochies, strangurie. Tous ces symptômes, qui caractérisent bien

(1) *Hématologie*, page 91.

La réunion de tous, ou partie de ces symptômes, nous semble aider puissamment à caractériser la nature inflammatoire du mal.

Et si, dans certains cas, l'intensité et la nature des symptômes généraux peuvent laisser quelques doutes dans l'esprit du praticien, toujours il lui sera facile de lever ces incertitudes par l'analyse du sang de la femme malade : en effet, si la métrite est franchement inflammatoire, l'on ne manquera pas de rencontrer un chiffre élevé de fibrine; si, au contraire, l'affection appartient plutôt à la fièvre puerpérale, ou bien le chiffre normal de la fibrine sera conservé, ou bien il sera diminué.

Étude des lésions anatomiques quant à la nature de la métrite puerpérale.

L'un des principaux caractères anatomiques de la maladie qui nous occupe, est la rougeur et la suppuration du tissu de la matrice; mais à ces caractères, qui appartiennent essentiellement à la phlogose, viennent s'en joindre beaucoup d'autres, dont la réunion met en évidence la nature inflammatoire de la métrite puerpérale aiguë : ainsi, la présence dans la cavité utérine de fausses membranes albumineuses, jaunâtres, verdâtres, ou teintes par la matière des lochies; du pus tapissant sa surface interne; l'injection de celle-ci, sa couleur rosée, recouverte par une couche de matière livide, putrilagineuse, ou par un détritus pseudo-membraneux grisâtre; la grandeur de la cavité utérine; l'augmentation d'épaisseur et la flaccidité des parois de l'organe; son augmentation de volume dépassant la grosseur de la tête d'un fœtus à terme les deux premiers jours qui suivent les couches; celle du poing, le troisième jusqu'au huitième jour; celle du double de son volume normal ensuite; une couleur grisâtre, blanchâtre, jaunâtre ou d'un rouge vif de son tissu; une consistance très-molle, ou, au contraire, une dureté notable coïncidant surtout avec une augmentation de volume et une forme sphéroïdale de l'organe malade; la rougeur, l'injection du tissu utérin; sa mollesse, son ramollissement partiel ou général; les scarifications de la surface interne; le pus trouvé, soit à sa surface interne ou externe, soit dans le parenchyme, soit infiltré ou réuni au foyer; la rougeur livide du col, qui est mou, fendillé ou déchiré; sa gangrène; la tuméfaction, l'injection des trompes, la présence de pus dans leur cavité; l'augmentation de volume

des nerfs utérins; tous ces caractères nécroscopiques appartiennent manifestement à l'inflammation de la matrice. Il en est un, que nous signalons expressément en dernier lieu, et sur la nature duquel les opinions ne s'accordent pas encore; c'est le ramollissement utérin, sur lequel nous allons nous étendre.

Nous pensons que ce ramollissement, qui est loin de se présenter toujours avec les mêmes caractères symptomatiques et anatomiques, est loin aussi d'être toujours de même nature. Tantôt il y a ramollissement partiel ou général de l'organe, ayant l'odeur de gangrène ou de pourriture, l'aspect de putrilage, que l'on ne rencontre guère que dans le cours de la fièvre puerpérale, qui s'accompagne de symptômes adynamiques, typhoïdes, et auquel on a donné le nom de putrescence de l'utérus; nous nous en occuperons en parlant de cette dernière affection. Mais il est une autre forme de ramollissement qui peut se développer dans le cours d'une métrite aiguë, qui n'est qu'une des formes des terminaisons de cette maladie, et que l'on rencontre fréquemment en même temps que d'autres traces évidentes d'inflammation de cet organe, telles que du pus, etc.; un pareil ramollissement, qui se développe sous l'influence des mêmes causes que la métrite, et se caractérise par les mêmes symptômes qu'accompagnent les mêmes lésions anatomiques, ne peut être considéré que comme le résultat de l'inflammation et sa nature est manifestement inflammatoire. « Peut-être, disent Boivin et Dugès (1), faudra-t-il un jour reconnaître positivement que le ramollissement partiel n'est qu'une première période de métrite phlegmoneuse, l'infiltration une deuxième, l'abcès en foyer une troisième; ce qui nous porte à le croire, c'est que le ramollissement est généralement propre aux métro-péritonites récentes et intenses, l'abcès aux métro-péritonites anciennes visant à la chronicité. »

S'il en est ainsi pour les ramollissements partiels, ne peut-on pas en dire autant de ces ramollissements généraux dont le dernier degré serait représenté par ces cas où le tissu de la matrice a été trouvé comme macéré dans

(1) Ouvrage cité, tome II, page 13.

une énorme quantité de pus, où l'on trouve à peine, au milieu de ce liquide, quelques fibres déchirées et sans consistance?

Mais si, à la fétidité des lochies, se joint une couleur noire ou noirâtre des matières qui tapissent l'utérus; si ces matières sont fortement adhérentes à sa surface ou y forment une couche épaisse; si ce putrilage imbibe et pénètre, en quelque sorte, le tissu de la matrice, à plusieurs lignes de profondeur; si ce tissu noirci, ramolli, se laisse déchirer par l'ongle, réduire en pulpe par le grattage, alors, sans doute, on peut raisonnablement croire à un état gangréneux, qui représenterait, dans l'état sporadique, la putrescence de Boër à l'état épidémique.

Ainsi, nous n'admettrons pas avec Danyau, Désormeaux et autres, que le ramollissement utérin soit toujours de nature inflammatoire; comme Jærg, etc., que c'est une altération *sui generis,* différente à la fois et de l'inflammation et de la gangrène; comme Wenzel, Lurorh, etc., que le ramollissement est tantôt dû à une métrite et plus ou moins voisin de la gangrène, tantôt essentiel et dû à un état d'asthénie locale ou générale, à une sorte de putridité du sang. Nous pensons que ces trois opinions peuvent être appuyées sur des faits également authentiques, et que, selon les cas, c'est l'une ou l'autre d'elles qui est véritable. Ainsi :

1° Dans la matrice, comme dans tous les organes parenchymateux, l'une des terminaisons de l'inflammation est le ramollissement qui, dans l'état puerpéral, est favorisé par les diverses causes que nous avons indiquées;

2° On a vu ce ramollissement coïncider avec celui de la rate et d'autres viscères parenchymateux après les symptômes d'une affection typhoïde des plus prononcées; c'est celui que l'on rencontre le plus communément dans la fièvre puerpérale épidémique, qui se distingue surtout et par les symptômes adynamiques, et par l'altération du sang : ces ramollissements ne sont que des effets, dont la nature inflammatoire est loin d'être prouvée, malgré l'opinion de Duplay qui fait remarquer que dans les cas mêmes où les symptômes inflammatoires ont, pour ainsi dire, manqué pendant la vie ou après la mort, dans ceux où il y a ramollissement de tous les viscères et surtout de l'utérus, diffluence universelle du sang, on trouve cependant toujours quelques traces d'une véritable métrite;

3° Il est des cas, selon Andral (1), où le ramollissement de l'utérus coïncide avec un état d'hypérémie aiguë de l'organe; il en est d'autres où cette lésion se présente d'une manière toute différente. On ouvre quelquefois, dit-il, les cadavres de femmes mortes de maladies étrangères à l'utérus, et l'on n'est pas peu étonné de trouver cet organe d'une pâleur et d'une flaccidité remarquables. On le déchire aussi facilement que le tissu de la rate; en certains points, il ne présente même plus qu'une sorte de pulpe demi-liquide. Tantôt ce ramollissement est partiel, tantôt il est général, et, dans ce dernier cas, il y a souvent, en même temps, un notable amincissement des parois de l'organe. Une semblable lésion est-elle le résultat d'un travail d'irritation? A-t-elle été précédée d'un travail de congestion sanguine? Ce ne serait que par hypothèse qu'on l'affirmerait. Est-elle un produit de l'atonie? On ne saurait non plus le dire. Ces cas rentrent dans ceux d'anatomie pathologique que l'on ne peut expliquer par un excès ou par un défaut de la stimulation normale. N'est-ce pas à des cas semblables que l'on peut appliquer l'opinion de Jærg et autres, qui ne voient dans ces ramollissements qu'une altération *sui generis*.

M. Moreau, au rapport de Boivin et Dugès (2) a entretenu l'Académie de médecine de Paris, d'un cas de perforation spontanée de l'utérus, tout comparable aux mêmes perforations de l'estomac. Nous avons cité un cas de déchirure de l'utérus pendant le travail, dû à un amincissement avec ramollissement et suppuration des parois utérines correspondantes. Il existe un autre exemple rapporté par Dance, où il y a eu ramollissement inflammatoire de l'utérus, perforation et péritonite mortelle suite de couches.

Thérapeutique de la métrite puerpérale aiguë.

Après avoir décrit plusieurs faits de métrite puerpérale aiguë, légère et intense; après avoir tracé l'étiologie de cette maladie; sa symptomatologie, sa marche, son diagnostic, son prognostic, ses terminaisons, son anatomie pathologique; après avoir fait ressortir sa nature inflammatoire, nous arrivons au but vers lequel tendent toutes les recherches, toutes les observa-

(1) *Ouvrage cité*, page 682. — (2) Page 14.

tions, les expériences, les raisonnements théoriques et pratiques; c'est la thérapeutique de cette phlegmasie. Déjà dans quelques endroits nous en avons dit un mot pour appuyer la nature inflammatoire de l'affection, etc. Maintenant nous allons, appuyé sur les connaissances précédentes, sur les faits et la théorie, chercher à faire l'histoire thérapeutique de cette phlogose.

A. Traitement prophylactique.

La prophylaxie d'une maladie repose essentiellement sur la connaissance exacte des causes qui la font naître. Ainsi, il est des soins à prendre vers la fin de la grossesse, pendant le travail de l'accouchement, immédiatement après la délivrance et pendant l'état de couches; déjà nous avons fait connaître ceux de ces deux derniers états; quant aux autres, nous ne nous y arrêterons pas longtemps, puisqu'ils ont pour but de s'opposer aussi bien au développement des maladies qui appartiennent à la grossesse et au travail, qu'à l'état puerpéral. De longs développements sur ce sujet nous écarteraient du but de notre travail; nous nous bornerons à en signaler quelques-uns qui sont à même d'être très-avantageux comme prophylactiques de la métrite puerpérale aiguë.

Il faut, surtout dans les derniers mois de gestation, éviter les contusions et les blessures de l'utérus, les coups et les chutes. Il faut combattre avec persévérance les moindres traces de phlogose utérine, ainsi que celles d'autres organes voisins ou éloignés, qui non-seulement disposent à la métrite puerpérale, mais encore, par leur influence sur le sang, tendent à augmenter le chiffre déjà si élevé de la fibrine.

Il faut aussi éviter les fatigues et les écarts de régime, ainsi que les émotions morales vives et surtout pénibles ; l'action de ces causes sur l'économie de la femme enceinte tend à favoriser les susceptibilités morbides que cette condition laisse après elle.

S'il existe du côté des organes reproducteurs de la femme cette exagération de sensibilité qui se rapproche de la phlogose, ou, du moins, qui y dispose; qui, chez certaines femmes, rend si pénibles les derniers temps de la grossesse; qui, dans plus d'un cas, a été cause d'avortement, et qui, plus fréquemment, force les femmes au repos, quelquefois même à tenir le

lit; il convient de chercher à la diminuer, soit par des saignées générales ou locales, si l'état du système sanguin le permet ainsi que la constitution médicale régnante, ou si des signes d'irritation du côté de l'utérus le commandent. Le régime et les boissons seront adoucissants; des bains généraux émollients plus ou moins longs et plus ou moins répétés, des frictions d'huile d'amande douce sur tout le ventre. Si la sensibilité, les douleurs mêmes étaient plutôt nerveuses que sanguines, ce qui n'est pas rare chez les femmes vaporeuses, on aurait recours aux préparations opiacées sur le ventre, à l'intérieur s'il y avait nécessité.

S'il se manifeste une diarrhée inflammatoire; si cette affection est aiguë et intense; si elle ne disparaît promptement d'elle-même; surtout si, comme je l'ai vu, elle est rebelle et tend à se prolonger jusque la fin de la gestation, il est prudent de la combattre par tous les moyens rationnels, par les sangsues à l'anus, par les lavements mucilagineux et anodins, par le régime et les boissons antiphlogistiques : car, s'il est quelquefois arrivé de voir cette diarrhée disparaître à la suite de l'accouchement, quelquefois aussi on l'a vue résister, et l'inflammation du gros intestin s'étendre à l'utérus.

Si l'état contraire a lieu, c'est-à-dire si, comme je l'ai plusieurs fois observé, il y a une constipation opiniâtre, où les évacuations alvines n'ont quelquefois lieu que tous les huit ou dix jours, et où les fèces sont dures, boulletées, sèches et volumineuses; le poids et le volume de ces cibales; leur compression sur les gros intestins et sur les parties environnantes; leur action irritante comme corps étranger; l'irritation bien plus forte qu'elles déterminent sur la muqueuse intestinale en glissant rudement contre elle dans leur descente, l'irritation du sphincter de l'anus lors de leur sortie; les violents efforts qu'elles nécessitent pour leur défécation, irritent plus ou moins les organes pelviens, l'utérus surtout qui est disposé à s'enflammer; et ces effets seront bien plus prononcés si cette constipation se prolonge dans l'état de couches. Les lavements huileux, les purgatifs de même nature répétés de temps à autre et pris à dose réfractée, un régime et des boissons appropriées, peuvent alors rendre d'utiles services comme moyens prophylactiques de la métrite puerpérale.

Si, dans les derniers mois de la gestation surtout, il se manifeste des

signes, même légers, de pléthore, il ne faut pas être avare de la saignée générale et savoir la répéter au besoin; il faut surtout, quand la saignée est pratiquée aux approches du terme de la gestation, ne pas négliger de faire l'analyse du sang, afin de connaître les chiffres proportionnels de ses divers éléments; cette connaissance conduira, s'il n'existe pas de contre-indications, à réitérer la saignée, ou à chercher à procurer au sang, et par le régime et par les boissons, etc., cette modification qui doit le ramener à son état normal, dans cet état surtout qui dispose le moins l'économie, et par conséquent l'utérus à l'inflammation.

Des excès commis dans l'acte reproducteur ayant paru, dans certains cas, favoriser le développement de la métrite puerpérale il sera prudent, sur la fin de la gestation, de s'en abstenir.

Il faut, pendant le travail, savoir mettre bien fidèlement à exécution les règles de l'art pour donner à celui-ci une bonne direction. Il faut éviter les mouvements trop violents de la femme, l'écartement trop fort des cuisses, les chocs qui pourraient exposer l'utérus; il faut redouter les manœuvres imprudentes, le refroidissement; il faut tâcher de rendre le moins long et le moins pénible possible le travail de l'accouchement, soit par les moyens hygiéniques que l'expérience a sanctionnés, soit par des moyens internes, soit par des moyens externes sagement employés; mais il ne faut pas pour atteindre ce but, faire comme certains accoucheurs désireux et pressés d'en finir promptement, il ne faut pas employer avec exagération, sans méthode comme sans indication, le seigle ergoté; il ne faut pas faire d'applications de forceps inutiles, prématurées ou maladroites; il ne faut pas se livrer à des manipulations du même genre; enfin il faut, quant à la délivrance et s'il n'y a pas nécessité d'agir, respecter et savoir attendre la puissance de la nature; il ne faut donc pas trop tôt se livrer à des tractions plus ou moins violentes sur le cordon; il ne faut pas précipiter ni violenter l'extraction du placenta, et, quand la délivrance sera terminée, pour peu qu'il y ait doute sur l'existence, dans la cavité utérine, d'une partie plus ou moins considérable des secondines, il faut, sans hésiter, introduire méthodiquement la main dans la cavité de la matrice, et en extraire la plus petite parcelle ou de placenta, ou de membrane, ou de caillots, dont le séjour ne

tarderait pas, par sa présence et par sa fermentation, à devenir cause d'irritation.

Il faut que le médecin s'attache à mettre la femme qui accouche à l'abri de l'impression du froid pendant le travail, à prévenir les déchirures du col et du périnée en ralentissant les efforts d'expulsion trop énergiques, et en soutenant attentivement le périnée lors du passage de la tête du fœtus. Il doit ne pas tarder à retirer la femme de la couche mouillée par les eaux de l'amnios ; la placer dans des linges secs et chauds, sur un lit incliné pour favoriser l'écoulement des lochies ; veiller attentivement à cette évacuation ; maintenir autour de l'accouchée un air pur, et en écarter toute cause d'émotion morale vive.

Outre les préceptes généraux que nous avons donnés sur les soins à prendre à la suite des couches, nous allons ici en reproduire quelques-uns qui se rattachent plus directement à la métrite comme moyens prophylactiques.

Une diète convenable, une chambre suffisamment aérée, une température douce, un lit qui ne soit pas trop chaud, la liberté du ventre, des soins de propreté, des boissons délayantes, le repos du corps et de l'esprit. « Le poids des matières fécales, dit Delaroche, dont le volume est quelquefois assez considérable, peut causer sur les intestins une irritation dangereuse; toujours occasionne-t-il un sentiment incommode de pesanteur et de gonflement, qu'une seule déjection soulagerait ; c'est pourquoi toutes les fois qu'une femme, dans ce cas, ne va pas à la selle, il faut, dès le lendemain de son accouchement, lui donner un lavement simple, et le répéter tous les jours, jusqu'à ce que les fonctions naturelles se rétablissent. Cette pratique, malgré le préjugé contraire, est garantie par l'expérience, et n'est accompagnée d'aucun inconvénient qui puisse en balancer les effets salutaires. »

Cette prophylaxie deviendrait surtout utile, nécessaire même, si la constitution médicale régnante disposait aux métrites puerpérales.

On dit et on répète souvent que les femmes qui allaitent leurs enfants ont des suites de couches moins fâcheuses que celles qui ne le font pas. Cette opinion a surtout été développée et propagée par les partisans des

métastases laiteuses. J.-P. Frank (1) dit : « *Neque feminæ insubriæ, quæ, exceptis rusticis filios non lactant, febri puerperali magis subjectæ videntur quam germanæ matres, quæ ubera proli sugenda porrigunt.* »

Le séjour des lochies dans l'utérus peut en déterminer l'altération, un commencement de fermentation qui les rend irritantes et capables de devenir cause prédisposante et occasionnelle de métrite. Il est donc prudent d'en prévenir le séjour, et, quand elles offrent des signes d'altération putride, de ne pas négliger les injections utérines et autres soins de propreté. C'est en cas pareils que doivent être respectés les conseils de White, qui fait mettre les femmes sur leur séant plusieurs fois le jour.

B. Traitement curatif.

Après avoir éloigné les causes qui pourraient encore persister, tels que des accès de fièvre intermittente, par l'administration intérieure du sulfate de quinine; la constipation, par des lavements; la rétention d'urine, par le cathétérisme; l'existence d'une autre maladie, par des moyens appropriés; après avoir méthodiquement soigné les plaies de l'utérus et du vagin; fait des injections, soit de propreté, soit chlorurées, dans la cavité utérine pour en faire disparaître, comme Recolin (2), les portions de placenta ou les caillots de sang en putréfaction, l'on a recours au traitement que l'on doit, dans certaines circonstances, employer concurremment avec les moyens qui précédent.

Ce traitement doit varier selon l'intensité de l'inflammation, la constitution du sujet et les complications pathologiques. D'après ce que nous avons dit de la nature manifestement inflammatoire de la métrite puerpérale aiguë, les évacuations sanguines sont les moyens sur lesquels on doit le plus compter pour en procurer la guérison : aussi, tous les auteurs s'accordent-ils à les préconiser.

Lorsque la phlegmasie utérine est légère, idiopathique (Willemin) et qu'elle est récente, pratiquez, dit l'auteur précité, une ou plusieurs sai-

(1) *Nolte*, page 34. — (2) *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie*, tome III, page 202.

gnées générales, vous guidant sur l'état du pouls et sur la persistance ou la cessation des douleurs ; si celles-ci persistent, l'on aura recours à des applications de sangsues soit à l'hypogastre, soit au fondement. Nous avons, contre cette forme de la métrite et lorsque l'état général ne permettait plus de saignées du bras, employé plusieurs fois avec succès les sangsues au fondement.

On emploie, en même temps, les cataplasmes émollients ou les fomentations de même nature sur le ventre ; nous leur préférons les frictions d'huile d'amande douce qui, en produisant les mêmes effets adoucissants, n'expose pas la nouvelle accouchée au refroidissement et à l'action de la pesanteur des cataplasmes, ainsi que les lavements émollients, les boissons délayantes et mucilagineuses, la diète, le séjour au lit.

« Si la douleur est plutôt nerveuse que sanguine, dit le docteur Delhaye, ce qui n'est pas rare chez les femmes vaporeuses, on ajoute à ces moyens les préparations opiacées, les antispasmodiques, les lavements sédatifs. C'est en cas pareil que Chambon conseille les fomentations sur l'hypogastre avec les décoctions de belladone et de jusquiame. »

« Dans les cas, dit le même auteur, où la phlegmasie a débuté sous la forme apyrétique, il ne faut point pour cela négliger le traitement antiphlogistique si l'on veut en obtenir la résolution. Les saignées locales, les ventouses scarifiées, les vésicatoires volants, rendent alors de grands services. »

Lorsque la métrite est légère, Burns conseille de tirer de suite une quantité modérée de sang, de provoquer de bonne heure des sueurs abondantes, de fomenter le ventre, et d'ouvrir les veines intestinales par un purgatif qui opère doucement sans causer de coliques. « Si la douleur, dit-il, est plus permanente, les sangsues peuvent être nécessaires et l'on devra appliquer un cataplasme sur les parties douloureuses, ou bien l'on pourra y poser un petit vésicatoire. » Le vésicatoire appliqué sur l'hypogastre ne nous semble guère convenir dans cette forme de métrite que lorsqu'il y a quelque apparence de développement d'abcès pelvien. En autre temps, il y aurait à redouter l'action de cet épispastique sur les voies urinaires, l'effet sympathique de l'irritation cutanée sur celle de l'utérus dont

elle pourra augmenter l'intensité, son retentissement sur l'action du cœur qu'elle pourrait activer et augmenter ainsi la fièvre déjà existante ; ce qu'il y aurait surtout à redouter, serait de favoriser le mouvement fluxionnaire qui déjà existe vers le bassin.

Les purgatifs, quelque doux qu'ils soient, ne me semblent par plus convenables. Plusieurs auteurs les ont recommandés comme moyens prophylactiques de la métrite et de la péritonite puerpérales. Mais, d'après les faits recueillis par le professeur Cederskiol (1) les laxatifs contribuent plutôt à favoriser qu'à prévenir le développement de ces maladies. Lorsque la métrite existe, ces moyens sont encore plus à redouter ; leur action irritante sur la muqueuse intestinale peut retentir sur celle de l'utérus et l'aggraver ; cette action ne pourrait être révulsive, puisque la maladie est plus forte qu'elle ; quoique l'irritation intestinale produite par les purgatifs, soit sécrétoire, il n'est pas moins vrai que, plus d'une fois, je l'ai vue exercer sur l'utérus une influence congestive telle que, chez des femmes en santé et hors l'état puerpéral, l'emploi de ce moyen, huit à dix jours avant l'époque cataméniale, a suffi pour donner lieu à l'écoulement menstruel, qui se manifestait en même temps ou quelques heures seulement après la purgation terminée. Ainsi l'action des purgatifs sur les intestins, surtout des aloétiques qui agissent particulièrement sur l'extrémité inférieure du colon et qui, à cause de cette spécialité d'action, ont été souvent employés avec succès, comme emménagogues ne limite pas son étendue à ces organes seuls, elle se propage quelquefois à la matrice qu'elle congestionne, et dont elle peut favoriser le développement de l'inflammation, ou bien l'entretenir et l'aggraver. Cependant, en cas de constipation rebelle aux lavements et aux suppositoires, nous pensons que, même pendant l'existence de la métrite légère, un doux minoratif tel que le calomel préparé à la vapeur, l'huile de ricin récente, en chassant au dehors des fèces dures, volumineuses et irritantes, conviendraient. Dans ce cas, l'irritation qu'ils peuvent produire sur les intestins est inférieure à celle qui résulte du long séjour de ces excréments ; et, comme il est de principe que de

(1) *Actes de l'Académie de médecine de Suède,* tome V, année 1825.

deux maux il faut toujours éviter le pire, ce sera aider la médication dirigée contre la métrite que de recourir à ces évacuants dans semblable occurrence.

« Dans la métrite intense, il faut de bonne heure, dit Burns (1), recourir à la saignée générale, qui est le remède principal ; on doit la répéter plus ou moins selon la constitution de la malade, les effets qu'elle a produits, et la période de la maladie. Les auteurs français, dit-il, se trompent en ne regardant la saignée utile que lorsque les symptômes sont très-aigus, et en comptant plutôt sur les applications de sangsues à la vulve. » Nous avons eu plus d'une fois occasion de voir des métrites puerpérales, à leur début, surtout quand la suppression des lochies en constituait un des symptômes, être jugulées, pour ainsi dire, par une forte application de sangsues au fondement. Dans ces cas, l'évacuation sanguine locale semblait enlever les premiers éléments inflammatoires de l'utérus, et rendre à cet organe ses propriétés contractiles, son retrait, et rétablir la sécrétion lochiale.

Nous sommes loin, cependant, d'être opposé à la saignée, et, sous ce rapport, nous ne partageons pas l'opinion de Lisfranc qui pense qu'on ne doit pas extraire du sang, surtout par les veines, pour combattre les métrites et les métro-péritonites puerpérales (2), craignant que cette déplétion veineuse ne favorise la résorption purulente. La phlébotomie convient surtout dans la forme grave de la métrite ; en effet, cette phlegmasie est parenchymateuse, sa nature inflammatoire a été mise en évidence, l'intensité de ses symptômes, l'accuité de sa marche, ses terminaisons, l'état phlogistique du sang, les résultats avantageux qu'une foule d'auteurs en ont retirés, toutes ces circonstances constituent l'indication positive de la saignée générale plus ou moins copieuse et plus ou moins répétée selon le tempérament et la complexion de la femme, selon les forces qui lui sont restées après ses couches, selon le flux de sang et les hémorragies qui peuvent avoir eu lieu, selon la manière dont la malade la supporte, selon les effets qui en résultent, selon les données de l'analyse chimique du sang, enfin selon la constitution médicale régnante.

(1) Ouvrage cité, page 373. — (2) *Clinique chirurg. de la Pitié*, tome II, page 625.

Lorsque la métrite se termine par ramollissement gangréneux, et que cette altération organique est assez étendue, assez grave pour avoir sur l'économie générale cette influence fâcheuse qui donne lieu à un pouls petit, fréquent, intermittent, à un état de subdelirium ou de coma, à des sueurs visqueuses, à la fétidité de l'haleine, à des lypothimies, à la cessation de la douleur hypogastrique, à la couleur brunâtre, noirâtre, à l'odeur infecte, *sui generis* du liquide qui s'écoule par la vulve, à une diarrhée abondante et d'une odeur cadavereuse ; lorsqu'enfin la forme inflammatoire de la maladie est remplacée par une apparence adynamique, typhoïde, l'efficacité de la saignée est beaucoup moindre, souvent même ce moyen cesse de convenir, et on doit y renoncer ; mais quand le ramollissement ou la gangrène de l'utérus, résultat de la phlogose de cet organe, n'ont pas sur l'économie générale cette influence pernicieuse qui l'anéantit ; quand les symptômes inflammatoires persistent, l'indication de la saignée reste la même ; dans tous les cas, on doit se guider d'après les phénomènes généraux, et s'arrêter dès qu'il survient des symptômes d'adynamie.

« Quand on reconnaît, dit Burns (1), des symptômes qui dénotent la terminaison de la phlegmasie utérine par suppuration, la saignée est nuisible. »

Si la marche de la maladie est très-rapide, ses symptômes très-aigus, il faut, immédiatement après la saignée, recourir à une application de sangsues en grand nombre (vingt, trente, quarante et plus), sur l'hypogastre, à droite ou à gauche, selon que le mal sera plus d'un côté que de l'autre ; aux aînes, si la métrite est compliquée d'ophorite ou de la phlogose des ligaments ronds. Si, au contraire, la maladie marche plus lentement, si ses symptômes sont moins violents, on peut attendre douze ou vingt-quatre heures après la saignée avant de recourir à l'application de sangsues, afin de pouvoir mieux juger des résultats de la saignée générale, et y recourir une deuxième, même une troisième fois avant d'employer les anhélides. Les avantages de celles-ci seront d'autant plus prononcés que la fièvre sera plus diminuée et que les symptômes généraux seront rendus

(1) Ouvrage cité, page 373.

moins intenses. Or, dans les cas où une ou plusieurs saignées ne suffisent *pas* pour guérir la phlogose utérine, on est en droit d'espérer au moins *une* diminution plus ou moins notable de la fièvre qui l'accompagne et des *symptômes* généraux qui la caractérisent. Nous avons trop de fois vu les sangsues appliquées au périnée et à l'entour de la vulve produire d'heureux résultats, pour ne pas les conseiller dans la métrite puerpérale aiguë, principalement lorsque l'inflammation semblera siéger vers le col utérin, à la surface interne de l'utérus et s'étendre à la muqueuse vaginale ou être compliquée de colite ou de cystite. Mais, pour obtenir de l'emploi de ce moyen les avantages que l'on en attend, il faut bien faire attention aux préceptes de Lisfranc. Ce savant thérapeutiste a prouvé par une masse de faits que l'application d'un petit nombre de sangsues tendait à fluxionner la partie sur laquelle on les appliquait, ainsi que les parties voisines, témoins ces applications faites en haut des cuisses pour fluxionner la matrice, à l'anus pour fluxionner les vaisseaux hémorrhoïdaires, sur une tumeur du sein pour l'irriter ; tandis qu'une application de sangsues en grand nombre dégorge la partie sur laquelle elle est faite, l'utérus et les vaisseaux hémorrhoïdaires, enlève l'inflammation de la tumeur du sein provoquée par l'application en petit nombre.

Lorsque la pression sera supportable et que la malade pourra souffrir l'application de ventouses, on pourra y recourir avec espérance de succès ; on les appliquera sur le bas-ventre, aux lombes et aux cuisses. On pourra les appliquer sur les piqûres de sangsues pour en augmenter, en activer et doser la quantité de leur écoulement, ainsi que pour déterminer à la peau une dérivation fluxionnaire. Seulement il est une chose à laquelle il faut faire attention, c'est à la laxité de la peau, quelquefois même des parois abdominales, laxité qui permettra à une grande quantité de chair d'entrer dans la ventouse, et qui, entre autre inconvénient, gênera l'action de celle-ci.

Quand l'inflammation utérine occupe plus particulièrement la partie postérieure de l'organe ; quand, surtout, ce diagnostic est vérifié par le toucher anal et par le siége principal de la douleur dans cette région, c'est aux lombes que les sangsues et les ventouses seront appliquées, si la malade

peut rester sur son séant, sur l'un ou l'autre côté. Nous avons quelquefois rencontré cette particularité que nous avons vérifiée par le toucher anal; dans l'un de ces cas, la femme accusait une chaleur insupportable à la région sacrée; cette douleur, qui avait résisté aux saignées, aux sangsues à l'anus et à l'hypogastre, a cédé aux sangsues et aux ventouses appliquées *loco dolenti.*

Dans presque tous les ouvrages qui traitent de la métrite puerpérale, il est donné le conseil de recourir aux cataplasmes émollients sur le ventre, voire même sur les parties génitales. Or, outre la malpropreté de ce moyen, l'inconvénient qu'il a de mouiller les linges qui couvrent la malade; celui de causer beaucoup de gêne par sa pesanteur; celui d'agir sur une partie de peau dont la laxité, résultat de son extrême extension pendant la grossesse, émousse plus du moins sa sensibilité, son activité, et ne peut en recevoir, pour le transmettre à l'organe malade, qu'un effet insignifiant, il a un autre inconvénient que, chez les indigents surtout, il est difficile d'éviter dans la pratique civile, celui de se refroidir, de troubler ainsi les fonctions de la peau si importantes alors, de disposer à de nouveaux frissons, et, par conséquent, de tendre à aggraver le mal; quelquefois aussi, n'étant pas bien fait, il se sèche vite, et détermine à la peau une irritation, que la phlogose utérine, plus intense, ne manque pas de révulser vers elle. Si, malgré ces inconvénients, l'on se décidait à y recourir, il faudrait avoir soin d'employer de la farine de lin contenant encore son huile et de l'eau de guimauve pour véhicule; donner à la bouillie une consistance moyenne et telle qu'on puisse facilement l'étendre sans qu'elle ne coule, et que, quand on l'ôte, la matière du cataplasme s'enlève en totalité avec le linge; donner au cataplasme une épaisseur telle qu'il ne soit pas séché quand on l'enlève; et, comme il convient qu'il soit le moins pesant possible, et que, conséquemment, il ne soit pas trop épais, pour éviter l'inconvénient de sa dessiccation, il importe qu'il soit fréquemment renouvelé. Les fomentations n'ont pas l'inconvénient de la pesanteur des cataplasmes, mais elles en ont tous les autres. Nous préférons à ces moyens les frictions d'huile d'amande douce sur tout l'abdomen, répétées trois fois en vingt-quatre heures; ces onctions, vantées par Lisfranc pour remplacer les cataplasmes et les fomentations émollientes,

ont tous les avantages de ceux-ci sans en avoir les défauts. On joint quelquefois aux émollients les hypnotiques. Ceux-ci conviennent surtout quand l'élément nerveux est plus ou moins dominant, quand la douleur est intense, et même après l'emploi convenable des antiphlogistiques, quand elle est peu prononcée; alors, en diminuant la sensibilité morbide de l'organe souffrant, ils concourrent puissamment à la solution heureuse de la maladie. On les emploie de plusieurs manières.

1° On se sert de la décoction de têtes de pavot blanc pour former le véhicule du cataplasme; ou bien, le cataplasme prêt à appliquer, on humecte sa superficie avec une cuillerée à café de laudanum de Sydenham. Si l'on se sert d'huile d'amande douce, on la mélange par partie égale, avec celle de pavot ou de jusquiame, ou l'on met un gros de laudanum par once d'huile;

2° On peut les employer par la bouche; mais à moins d'une indication pressante, tels que des symptômes hystériques graves, une éclampsie nerveuse, etc., cette médication ne convient guère, non-seulement à cause de l'action spéciale de ces substances sur les centres nerveux, très-impressionnables chez les nouvelles accouchées, mais encore par la constipation qu'ils déterminent trop souvent, et qu'ils augmentent si déjà elle existe. Nous devons dire, cependant, que dans quelques cas le docteur Churchill a employé l'opium avec succès;

3° Cette médication a plus souvent été employée en lavement. On prétend qu'alors son action sur la sensibilité de l'utérus est plus puissante, tant à cause de la contiguïté de tissu que du rapport sympathique qu'établissent entre ces organes les nerfs de la vie de relation et ceux de la vie organique. Nous nous rendons à ces raisonnements, et plutôt encore aux faits sur lesquels ils reposent. Mais, encore une fois, nous ferons observer que outre l'action précitée, ce moyen occasionne fréquemment la constipation, que l'on doit éviter dans cette maladie; cet inconvénient, que nous avons plusieurs fois observé, nous a souvent décidé à en cesser l'usage; cependant, dans les cas où la douleur utérine serait exagérée et où il n'existerait d'autre contre-indication que celle de la constipation, nous serions d'avis d'y avoir recours, dût-on ensuite employer quelques minoratifs pour vaincre ce resserrement; nous croyons qu'ici le bien qui peut résulter de l'administra-

tion d'un quart de lavement laudanisé serait supérieur au mal que pourrait occasionner une constipation, même opiniâtre au point de nécessiter l'emploi d'un purgatif. Dans l'administration des narcotiques en lavement, il est une chose à laquelle il faut bien faire attention, c'est l'action de ces substances sur le cerveau. Or, nous avons déjà dit que les centres nerveux, pendant la période puerpérale, étaient très-impressionnables, très-irritables; d'un autre côté, l'expérience a prouvé combien était grande la faculté d'absorption du rectum et la puissance d'action de certains médicaments employés par cette voie; une disposition aux congestions, aux inflammations des centres de la vie de relation, sera donc une contre-indication à l'emploi de cette médication. Mais s'il n'existe pas de contre-indication; si, au contraire, il se manifeste, en même temps que la métrite, des symptômes nerveux, soit sympathiques, soit symptomatiques, soit essentiels; s'il survient de la diarrhée, surtout avec ténesme, alors ce traitement pourra rendre d'utiles services.

Bains. Chaussier a préconisé les bains de vapeur dans le temps de frisson. Ce moyen, le plus puissant que je connaisse pour déterminer subitement une abondante sueur générale, peut produire, pendant la durée du frisson, une telle augmentation de la perspiration cutanée, une dérivation si douce et si puissante, que la fluxion utérine en soit jugulée, et que la métrite n'ait pas eu le temps de s'établir; dans le cas où le frisson serait consécutif à la phlegmasie utérine, celle-ci étant nouvelle et peu invétérée, les tissus malades peu modifiés, les résultats pourront être les mêmes.

J'ai tant de fois vu, chez les femmes du peuple, cette augmentation de fonction de la peau, déterminée par une augmentation des couvertures, par des bouteilles d'eau chaude placées aux pieds et autour du corps, par l'infusion bien chaude de fleurs de sureau, juger des symptômes de métrite commençante, que je n'hésite pas à croire aux succès que peut avoir obtenus Chaussier. En cas pareil, je ne serais pas opposé à l'emploi du bain de vapeur que les malades peuvent prendre au lit, surtout si la métrite semblait être la conséquence de la disparition des sueurs puerpérales occasionnée par un refroidissement, ou si, la sécheresse de la peau accompagnant le début de la maladie, les moyens ordinaires ne pouvaient rappeler

cette fonction. Lorsque cette époque de la maladie est passée, et que la réaction est survenue, le bain de vapeur est un moyen qui, par la stimulation générale qu'il produit sur la peau, ne manquerait pas d'ajouter à la fièvre, d'irriter le mal et d'en favoriser l'extension, les complications et les terminaisons fâcheuses : la nature du bain serait-elle adoucissante, émolliente, que sa température seule suffirait pour déterminer de fâcheux effets.

Bains liquides. « Je crois que le bain, dit Rostan (1), est un des meilleurs moyens antiphlogistiques que nous possédions : il produit un calme, une détente, un relâchement, inexprimables. Comment, dit-il, s'opère cet effet? C'est ce qu'on ignore complétement. Est-ce par une action directe du calorique sur les organes de la sensibilité? Est-ce en relâchant directement le tissu cutané, et en diminuant ainsi l'éréthisme général? Est-ce en introduisant par la voie de l'absorption une grande quantité d'eau dans le sang et en diminuant ainsi sa qualité irritante? » Ces deux dernières théories nous paraissent en rapport avec les faits, et représenter la véritable manière d'agir de ce moyen thérapeutique qui convient dans la plupart des phlegmasies aiguës et même chroniques, et que bien des praticiens ont avantageusement employé contre la métrite puerpérale. Mais, pour employer ces bains avec succès, il est des règles à suivre, des conditions à remplir, sans lesquelles ils restent sans effet, et plus souvent deviennent nuisibles. Une première condition, c'est d'en proportionner la température à la susceptibilité de la malade; sous ce rapport, son approbation ou son improbation est le meilleur thermomètre possible. Trop chaud, le bain liquide devient irritant, et comme tel, ajoute à la fièvre et à sa cause; trop froid, il détermine promptement des horripilations, puis des frissons dont les effets retentissent particulièrement sur l'utérus phlegmasié. Une deuxième condition, c'est que la malade ne soit pas trop affaiblie, soit par des ménorragies, soit par les résultats du traitement, de la maladie ou de la constitution; car si une syncope, provoquée par une cause quelconque, a quelquefois produit, dans certaines maladies graves, des modifications heureuses; bien plus souvent le contraire a eu

(1) *Dict. de médec.*, tome III, page 240.

lieu tant par l'affaiblissement qu'elle cause dans les puissances naturelles, que par la réaction qui lui succède et qui ajoute à celle de la maladie. Une troisième condition, c'est d'y porter la malade, et de la reporter de son bain à son lit ; c'est de ne la laisser au bain, dont on maintient la température au degré convenable, que juste le temps qu'elle y est bien; une quatrième condition, c'est d'éviter de la refroidir en la portant de son lit à son bain, et vice versâ ; c'est, pendant qu'elle se baigne, de faire des douces frictions avec une éponge sur la surface de la peau, afin que celle-ci soit bien nettoyée et fonctionne sans entrave; que sa fonction sécrétoire soit un peu excitée. Employés avec toutes ces précautions les bains, que l'on peut rendre émollients, seront d'un grand secours, « principalement, dit Chomel (1), lorsque l'appareil inflammatoire prédomine. » Souvent, à la suite du bain, et la malade étant remise au lit, bien essuyée, bien couverte, le lit bien bassiné, l'on voit la perspiration cutanée reparaître, et des sueurs abondantes se manifester. Ce phénomène important, qui, trop souvent, reste suspendu dans le cours d'une métrite aiguë puerpérale, ne peut, par son retour, que contribuer beaucoup à la guérison de celle-ci par la dérivation qu'elle occasionne.

Injections. Les écoulements, qui, chez une nouvelle accouchée, ont lieu par le vagin, proviennent en grande partie de la cavité utérine, et constituent les lochies; ils exigent, en tout temps et en toute circonstance, des soins de propreté, sinon leur séjour plus ou moins prolongé, soit dans l'utérus, le vagin, ou les parties génitales externes, soit sur les linges, les altère promptement et leur donne des qualités nuisibles tant par la mauvaise odeur qui s'en exhale et qui altère l'atmosphère ambiant, que par leurs propriétés irritantes et le danger de leur résorption. Or, en mettant la femme dans une position telle que l'ouverture inférieure du col utérin soit la partie la plus déclive de cet organe, déjà l'on prévient la stagnation des lochies dans l'utérus ; au moyen d'injections tièdes faites dans le vagin, deux fois en vingt-quatre heures, avec une seringue munie d'une canule à olive et en gomme élastique, l'on préviendra la stagnation de ces matières

(1) *Dict. de méd.*, tome XXX, page 240.

dans le canal vulvo-utérin ; enfin, au moyen d'une éponge imbibée d'un *liquide* tiède et adoucissant, on nettoyera, deux fois le jour, la vulve, l'ouverture vaginale, le périnée, l'anus et sa marge.

Mais, quand l'altération des lochies dépendra de la décomposition d'une partie du placenta ou de caillots dans la cavité utérine ; quand elle sera une conséquence de la maladie de la matrice, alors les injections vaginales ne suffiront plus ; dans ces cas il faudra imiter Recolin en les portant dans la cavité de l'organe malade lui-même ; pour cela, on introduit une sonde en gomme élastique n° 8 à travers la cavité du col jusque dans celle de l'organe, et, pour exécuter cette manœuvre, l'on introduit le doigt indicateur de la main gauche jusqu'au museau de tanche dont on cherche la fente ; une fois celle-ci trouvée on glisse la sonde, que l'on tient de la main droite, le long du doigt placé dans le vagin, jusqu'à ce qu'une sensation de résistance avertisse qu'elle est dans la cavité de l'organe, puis on la fait tenir par un aide ; mais il arrive que le col de l'utérus est tellement haut que l'extrémité de l'indicateur gauche ne peut l'atteindre ; d'autres fois le col est tellement renversé en avant ou en arrière, incliné à droite ou à gauche, que, par le toucher, on ne rencontre que difficilement son ouverture inférieure, et qu'on ne la ramène pas sans peine au centre du vagin : c'est en circonstance pareille que, sans que la malade soit obligée de se lever, nous nous sommes bien trouvé de la faire soulever par un aide monté sur son lit, et qui, placé derrière elle, passe ses deux bras sous les aisselles : dans cette position, la matrice descend beaucoup, et l'on peut diriger l'opération à volonté. La sonde étant introduite, on pratique, avec une seringue, des injections d'eau tiède que l'on répète plusieurs fois de suite jusqu'à ce que le liquide revienne sans odeur. Comme Recolin, nous donnons, pour matière de ces injections, la préférence à l'eau propre et tiède sur tous autres liquides, même les liquides chlorurés préconisés par Chomel. Et, en effet, les injections ne sont utiles que pour nettoyer l'utérus et le vagin des lochies altérées qu'ils contiennent et qu'elles entraînent au dehors ; mais cette matière de la sécrétion utérine, comme de tant d'autres, peut bien être altérée et avoir une fort mauvaise odeur au moment même de la sécrétion ; souvent, alors,

cette altération est plutôt dépendante de la maladie elle-même que de la stagnation des vidanges ; et, dans ce cas, que peuvent faire les chlorures? peuvent-ils modifier l'odeur des lochies? peuvent-ils, par cette modification, en prévenir les mauvais effets sur l'utérus? et le contact de ces substances irritantes, avec une surface irritable comme l'est celle de la cavité utérine après la délivrance, surtout pendant la métrite puerpérale, restera-t-il sans résultat fâcheux? Nous pensons que cet inconvénient l'emporte sur les bons effets que les chlorures peuvent produire et qu'une théorie mal appuyée préconise plutôt que les faits. Du reste, j'ai employé ces substances bien souvent pour corriger la mauvaise odeur des vésicatoires, et j'en ai retiré peu d'avantage ; l'on devra donc attendre, de leur injection dans la matrice, moins de succès encore.

Purgatifs. Lorsqu'il y a constipation, il est nécessaire de la combattre si l'on veut que la médication employée soit fructueuse; mais, pour atteindre ce but, il est prudent de recourir d'abord aux lavements émollients, huileux, aux suppositoires de même nature; ce n'est que l'inefficacité de ces moyens qui pourrait autoriser le praticien à recourir aux laxatifs, car, il ne doit pas, comme on le fait trop communément en Angleterre, employer routinièrement ces agents thérapeutiques, dont nous avons fait connaître plus haut les fâcheux effets. Lorsque l'opiniâtreté de la constipation en commandera l'usage, il faut choisir parmi les évacuants, ceux qui irritent le moins tout en agissant à dose réfractée; ainsi le calomel préparé à la vapeur et l'huile de ricin obtiendront encore la préférence ; le calomel sera employé à la dose de 10 à 12 grains à la fois, que l'on réitérera de quatre en quatre heures jusqu'à effet ; l'huile de ricin sera employée par cuillerée à bouche toutes les six heures jusqu'à ce que les selles arrivent ; et, dans l'un et l'autre cas, l'on favorisera l'action du remède par les lavements, etc.

Sudorifiques. « On devra, dit Burns (1), administrer des diaphorétiques, tels que le julep salin, avec addition de vin antimonié et de laudanum » ; ces moyens incendiaires, au moins dans nos contrées, ne pourraient tout au

(1) Ouvrage cité, page 375.

plus être employés avec quelque espoir d'utilité que dans l'état chronique de la maladie; nous reconnaissons beaucoup d'importance aux sueurs qui se manifestent après les couches; nous devons donc admettre combien il est important d'en rétablir le cours quand elles sont disparues; mais quand, pour y parvenir, le traitement dirigé contre la métrite ne suffira pas, et que les évacuations sanguines auront diminué la fièvre et émoussé l'acuité des symptômes, outre l'augmentation des couvertures, l'application de corps chauds autour du corps, l'ingestion de thé chaud aux fleurs de sureau, de bourrache ou de fumeterre, il est préférable de chercher à atteindre ce but par des bains de vapeur, dont on aura soin de surveiller les effets.

Révulsifs. Il ne faut pas trop tôt abandonner les antiphlogistiques dans le traitement de la métrite puerpérale pour recourir à des moyens incertains dans leur résultat. Ce ne sera guère que quand les forces du sujet n'en permettront plus l'emploi, quand la fièvre sera assez baissée, la phlegmasie moins aiguë, et que les saignées, sangsues, ventouses, etc., n'auront plus d'effet contre le mal, qui tend à passer à la chronicité ou à se terminer par suppuration, qu'on sera en droit de laisser la médication antiphlogistique pour recourir aux révulsifs. « Un vésicatoire appliqué à l'hypogastre, dit Burns (1), est souvent très-utile, surtout lorsque la maladie paraît être dans un état d'hésitation. » Lorsque le mal, sans augmenter ni diminuer, reste stationnaire malgré l'emploi des antiphlogistiques, alors un révulsif peut être utile; mais, dans ce cas, c'est plutôt aux extrémités inférieures qu'à l'hypogastre qu'il convient de l'appliquer, et un autre révulsif est préférable aux vésicatoires habituels, dont l'action sur les voies urinaires est si redoutable dans ces circonstances. Nous avons employé avec succès les ventouses à demeure sur la partie interne et supérieure des cuisses; on pourrait se servir du vésicatoire de Gondret, les sinapismes, etc.; nous avons préféré les ventouses comme étant moins douloureuses et moins susceptibles de provoquer de la réaction, et de rallumer le feu au lieu de l'éteindre.

Lorsque, d'après la durée et la marche de la maladie, d'après les symp-

(1) Page 373.

tômes généraux qui en caractérisent la terminaison par suppuration, tels que pouls large et accéléré, horripilations, sueurs pendant le sommeil, amaigrissement, toux, coloration des pommettes alternant avec la pâleur de la figure, douleurs hypogastriques pulsatives, tumeur élastique dans le bassin par le toucher vaginal ou rectal, ou par le palper hypogastrique, l'on est en droit de soupçonner l'existence d'abcès pelviens, d'abcès dans le parenchyme utérin, près de sa surface interne ou externe; il est urgent d'avoir recours aux moyens susceptibles de favoriser la résorption du pus et la résolution de l'inflammation utérine. Nous ferons connaître d'une manière détaillée les moyens que, dans cette circonstance, nous avons plusieurs fois employés avec succès. « Dans la période de suppuration, dit Burns, il faut tenir le ventre libre, donner une nourriture légère, appliquer des fomentations et calmer les douleurs par des anodins. Lorsque le pus se sera écoulé, l'air de la campagne sera utile, et on devra donner des médicaments toniques. » M. Willemin, en cas pareils, vante l'emploi des vésicatoires volants sur l'hypogastre; il cite plusieurs faits où ce moyen lui a bien réussi.

Si, au lieu de se terminer par résolution ou par suppuration, la métrite se termine par gangrène, alors deux circonstances, donnant lieu à des indications thérapeutiques fort différentes, peuvent avoir lieu : dans la première, la gangrène est limitée, elle n'est étendue qu'à une petite surface de la cavité utérine, où elle ne forme qu'une eschare qui finit par se détacher et être rejetée au dehors; dans ce cas, le caractère inflammatoire de la maladie persiste, son traitement reste le même. Mais quand la gangrène s'étend en profondeur et en largeur, qu'elle révèle son existence par cet état d'anéantissement des forces, de prostration, d'adynamie, c'est alors que les injections chlorurées ou détersives dans l'utérus peuvent être utiles, et que les toniques à l'intérieur et à l'extérieur sont indiqués.

Si la métrite aiguë passe à l'état chronique, c'est le traitement de cette dernière forme qu'il convient d'employer.

Si elle s'étend au péritoine (métro-péritonite) c'est au traitement de cette affection qu'il faudra recourir. Si elle se complique de phlébite, de lymphangite utérine, de fièvre puerpérale, c'est généralement le traitement

de ces diverses affections qu'il conviendra d'employer. Enfin, selon que la métrite se compliquera d'une autre maladie, ou qu'une autre maladie viendra à la remplacer, en premier lieu, son traitement subira les modifications réclamées par cette complication, en deuxième lieu ce sera le traitement de la maladie qui l'aura remplacé.

La diète, en général, sera sévère; cependant s'il reste de l'appétit, on pourra accorder quelques aliments légers et liquides. Pour boissons, eau panée, décoction de chiendent et de réglisse, ou de graines de lin et de réglisse; limonade au citron, à l'orange, à la pomme de reinette, etc.

La métrite, comme beaucoup d'autres maladies puerpérales, n'a pas toujours été combattue par la médication dite rationnelle. Déjà nous avons vu que M. Churchill préconisait contre elle l'opium à haute dose; le docteur Duchène l'a traitée avantageusement par le sous-carbonate de potasse; une foule d'autres auteurs ont employé les frictions mercurielles. Nous allons dire quelques mots de ces dernières médications.

1° *Sous-carbonate de potasse.* Bien des opinions ont été émises sur le mode d'action du sous-carbonate de potasse pour combattre la phlegmasie aiguë soit du péritoine, soit de la matrice, soit des deux réunies. M. le docteur Duchène (1) a fait récemment, et sous les yeux de MM. Pétrequin et Brachet de Lyon, des recherches sur ce sujet; il est arrivé à la conclusion suivante : *a.* ce médicament, par son action locale, détermine fréquemment une irritation de la muqueuse intestinale; *b.* par son action générale, il a, sur le système nerveux, une action tempérante; et, *c.* d'après les expériences de M. Magendie, il agit encore en modifiant la nature des liquides. M. Brachet (2) dit : « Au traitement antiphlogistique, j'ai constamment associé le sous-carbonate de potasse, recommandé par le professeur Récamier, à moins que la rougeur de la langue ne fut un obstacle à son administration. Ce médicament a toujours produit un soulagement subit dans l'intensité des accidents; mais, presque toujours, cette amélioration obtenue, la maladie restait stationnaire, ou même reprenait un peu d'activité, et elle résistait au sous-carbonate que j'étais obligé de suspendre. »

(1) *Annales de gynéc. et de pédéat.*, tome II, pag. 7 et suiv. — (2) *Revue médicale*, janv., 1833.

D'après l'action locale de ce médicament, l'incertitude dans son action générale, le peu de durée de ses résultats avantageux, quand il en produit, nous avouons n'avoir pas, en ce remède, assez de confiance ni pour la préconiser, ni pour l'employer.

2° *Mercuriaux.* « Quand, dit M. le docteur Delhaye (1), on n'a pas retiré des antiphlogistiques tout le succès désiré, il faut, sans perdre de temps, recourir au traitement mercuriel de Vandenzande (2), l'onguent mercuriel double en friction sur l'hypogastre, aidé de l'administration à l'intérieur du calomel seul, ou uni à l'opium si l'état de l'estomac le permet. » Chez des personnes anémiques ou épuisées par des hémorragies, l'auteur que nous venons de nommer a obtenu de cette médication, employée de prime abord, de bons résultats; « la médication mercurielle, dit-il, employée conjointement avec les saignées dans les métrites, ou métro-péritonites aiguës, hâte singulièrement la résolution de ces maladies, et dispense souvent de l'application de nombreuses sangsues, dont l'effet est précaire. Mais les mercuriaux brillent surtout de tous leurs avantages dans les mêmes affections, alors qu'il n'est pas permis de recourir aux évacuations sanguines; alors ils offrent encore une ancre de salut. »

C. Métrite puerpérale chronique, post-puerpérale de Chomel, idiopathique de Willemin.

Nous avons déjà dit et prouvé quels étaient les motifs qui rendaient vicieuse et inacceptable la dénomination de Chomel. L'épithète idiopathique ne lui est pas plus applicable, puisqu'elle est tout aussi bien relative à la métrite aiguë qu'à la métrite chronique, et que, en l'adoptant, on devrait confondre la description de ces deux formes, si différentes, de la phlegmasie utérine. Il nous a paru que la désigner sous le nom de métrite sub-aiguë n'offrait pas une signification plus heureuse, puisqu'elle entraîne avec elle l'idée d'une certaine acuité qui, dans certains cas, n'a jamais existé, et qui, dans d'autres, n'existe plus dans les symptômes, non plus que dans la marche de la maladie; elle entraîne aussi l'idée générale de la nécessité de

(1) *Annales d'occulist. et de gyn.*, tome I, page 428. — (2) *Considérations pratiques sur la maladie des femmes en couches connue sous le nom de péritonite et de fièvre puerpérale*, Anvers, 1821.

continuer, modérément il est vrai, les antiphlogistiques; tandis que, assez souvent et surtout quand la métrite chronique est la terminaison de la phlegmasie aiguë de l'utérus, comme nous en avons donné un exemple, tel est le degré de faiblesse de la malade et de chronicité de la maladie, que la continuation d'un pareil traitement pourrait devenir cause des conséquences les plus graves. Selon nous, la désignation de métrite chronique s'accorde mieux avec les faits, avec les caractères et la marche de l'affection, ainsi qu'avec sa thérapeutique.

Cette forme de métrite, au lieu de se montrer quelques heures ou quelques jours après l'accouchement et avant que la nouvelle accouchée ait quitté le lit, se déclarer lorsque celle-ci se lève et presque toujours lorsqu'elle essaie prématurément de rentrer dans la vie ordinaire, souvent par le fait même de cet essai. C'est, dit Chomel (1), particulièrement chez les femmes qui sortent de la maison d'accouchement neuf jours après leurs couches, et plus fréquemment encore parmi celles qui la quittent dès le troisième ou le quatrième, que nous avons eu occasion d'observer cette forme de métrite. Les premiers symptômes commencent à se faire sentir chez quelques-unes dans le trajet même qu'elles ont à parcourir pour gagner leur domicile, soit en voiture, soit à pied. Chez d'autres, c'est seulement après plusieurs jours ou après même quelques semaines de fatigues croissantes, que des douleurs hypogastriques ou un sentiment de pesanteur révèlent le début de la maladie, dont la cause est presque constamment du même genre.

Dans toutes les classes de la société, des circonstances analogues amènent des effets semblables, et nous avons vu plus d'une fois des femmes récemment accouchées, obligées par des devoirs impérieux de négliger les précautions que leur position exigeait, atteintes de cette espèce de métrite, sur le développement de laquelle l'impression du froid, la suppression des lochies, les émotions vives, les écarts de régime, les rapprochements prématurés, peuvent aussi avoir leur part d'influence.

La métrite puerpérale chronique peut survenir aussi bien après un accou-

(1) *Dictionnaire de méd.*, 2me edit., v. 30, page 242.

chement heureux qu'après une parturition difficile; mais elle s'est rencontrée plus souvent chez des primipares que chez des femmes qui avaient été mères déjà plusieurs fois.

Les causes de l'utérite chronique, dit le docteur Delhaye, ne diffèrent de celles de l'utérite aiguë qu'en ce qu'elles agissent avec moins d'intensité, ou sur des sujets moins irritables.

La métrite aiguë, dit cet auteur, ne diffère de la métrite chronique qu'en ce que la première met fortement en jeu les sympathies morbides, et que l'autre ne montre de symptômes que peu ou point en dehors des limites du bassin.

Ainsi que la métrite puerpérale aiguë, la métrite puerpérale chronique présente comme symptôme principal un volume considérable de l'utérus ; mais, contrairement à ce qu'on observe dans la première, elle se montre avec peu de fièvre et peu de trouble dans l'état général des fonctions. Ce volume considérable de l'utérus qui a sa principale cause dans le peu de temps qui s'est écoulé depuis les couches, établit une différence fort remarquable entre la métrite puerpérale chronique et la métrite ordinaire, dont elle se rapproche par la bénignité habituelle de ses symptômes.

Elle débute rarement avant le quatrième ou cinquième jour des couches, et après le vingtième et surtout le trente-cinquième. Presque toujours les phénomènes locaux se montrent les premiers : les douleurs pelviennes, lombaires, inguinales, la diminution des lochies, ailleurs la réapparition de l'écoulement sanguin, précèdent la fièvre. Ce n'est que dans quelques cas exceptionnels qu'un frisson initial apparaît avant tout autre symptôme.

La douleur d'abord obscure, dont le bas-ventre est le siége, se propage souvent dans les lombes, les flancs, les aînes et le haut des cuisses. Elle a rarement une grande acuité ; elle est plus incommode et plus énervante que vive, mais elle augmente par la pression, par les efforts et surtout par la marche qu'elle rend difficile et quelquefois impossible. Si l'on porte la main sur l'hypogastre, on reconnaît facilement l'utérus dépassant le pubis et conservant en général un volume notablement plus considérable que ne le ferait supposer le temps écoulé depuis l'accouchement, soit que l'utérus

bien qu'à une disposition pathologique. Mais, d'une part, le toucher développe constamment dans cette affection une sensibilité qui n'existe pas dans les suites normales de la parturition, et d'autre part (chez une femme qui chercherait à cacher un accouchement récent), la flaccidité des parois abdominales, la disposition de l'orifice utérin beaucoup plus ouvert que dans l'état ordinaire, et surtout le volume beaucoup plus considérable du corps utérin, feraient nécessairement soupçonner le défaut de franchise de la malade, et reconnaître l'inflammation de l'utérus et la condition dans laquelle elle s'est développée.

Comme nous l'avons dit, la durée de cette maladie peut-être longue; mais sa terminaison est généralement heureuse; cependant quand elle se termine par suppuration, le prognostic devient plus grave; il est des plus fâcheux quand l'abcès qui en résulte s'ouvre dans le péritoine. Dans certains cas où ces abcès s'ouvrent dans le rectum, le vagin, la vessie, ou à la peau, quelquefois l'écoulement difficile du pus, la fièvre hectique et le marasme qui en résultent, entraînent progressivement la malade au tombeau.

Nous n'avons pas eu l'occasion d'ouvrir, ni de voir ouvrir les cadavres d'individus morts de cette affection. Nous n'en avons vu de description nécroscopique nulle part. Cette circonstance ne doit pas paraître extraordinaire si l'on réfléchit à la terminaison rarement funeste de la maladie. Force nous est donc de rester muet sur cette partie.

Nature de la métrite puerpérale chronique.

Nous avons longuement appuyé et fait ressortir la nature inflammatoire de la métrite puerpérale aiguë, ce qui nous épargnera d'entrer dans des développements sur la nature de la forme chronique de cette affection. En effet, si la phlegmasie aiguë puerpérale de la matrice peut se terminer par une utérite chronique, il n'est pas douteux que la nature de celle-ci ne soit la même que celle de l'utérite aiguë, car la nature d'une maladie ne change pas par le fait seul de son passage de l'état aigu à l'état chronique; la seule différence consiste dans une intensité moins grande des symptômes, dans la marche moins aiguë, dans la terminaison plus fréquente par

abcès pelvien, dans son influence sympathique moins prononcée, dans la nécessité d'un traitement antiphlogistique moins énergique, dans l'emploi plus rationnel, plus avantageux des révulsifs et des fondants, dans l'absence d'influence sur la composition élémentaire du sang, etc.

Si nous jetons un coup d'œil sur les causes de la métrite chronique des nouvelles accouchées, nous retrouvons, comme prédisposantes, l'état puerpéral; pour causes occasionnelles, tantôt le passage de la phlogose aiguë à l'inflammation chronique, tantôt une fatigue prématurée, le froid, les émotions vives, les écarts de régime, les rapprochements prématurés, etc.; or, nous avons vu toutes ces causes donner lieu à la métrite puerpérale aiguë. Nous verrons plus loin pourquoi, dans la forme chronique, ces causes ne produisent pas les mêmes résultats, c'est-à-dire pourquoi ses caractères sont moins nombreux, plus localisés, moins intenses; pourquoi sa marche est moins aiguë, sa terminaison moins souvent funeste, son prognostic moins grave et son traitement différent; mais cette variation ne donne pas à la maladie une variété de nature; l'affection a seulement changé de forme. Ce qui le prouve, c'est 1° le volume augmenté de l'organe malade avec fièvre modérée, douleur hypogastrique, inguinale et lombaire; 2° le trouble dans l'écoulement lochial, qui est quelquefois blanc, quelquefois rosé ou rouge; 3° la sensibilité de l'organe malade au mouvement, à la pression et au toucher; 4° les adhérences qui, parfois, s'établissent entre l'utérus et les organes voisins; 5° la miction et la défécation douloureuses; 6° sa terminaison par abcès, dans bon nombre de cas, nous paraît constituer la preuve la plus certaine de la nature inflammatoire de la maladie, et nous ne doutons pas que si, un jour, la nécroscopie vient éclairer de son flambeau ce que nous cherchons à prouver symptomatiquement, la nature inflammatoire de cette maladie ne soit mise en évidence.

Il n'y a rien de bien extraordinaire dans la différence que l'on rencontre entre la métrite puerpérale aiguë et chronique; celle-ci ne se développe qu'exceptionnellement avant le huitième jour des couches, souvent au neuvième, au dixième et beaucoup plus tard encore; tandis que l'utérite aiguë se manifeste quelques heures, un, deux ou trois jours seu-

lement après la délivrance ; ici, la sensibilité générale et surtout celle de l'utérus stimulée et par la grossesse et par le travail de l'accouchement, est encore très-exaltée ; elle rend l'utérus très-irritable, très-impressionnable, et, dans cet état, elle est propre à donner aux symptômes beaucoup d'acuité et d'intensité, à la marche de la phlegmasie beaucoup de rapidité, et aux sympathies beaucoup d'activité. L'état anotomique de l'utérus, dont le tissu encore spongieux, charnu, très-vasculeux, se laissant facilement distendre, imprégner, fluxionner par l'afflux du sang, se prête à la forme aiguë de la maladie, à sa gravité, à ses terminaisons, et à sa thérapeutique particulière. A cette époque des couches, le sang offre une élévation considérable du chiffre de sa fibrine ; cette élévation, selon nous, constitue la cause essentielle de l'acuité de la métrite. Huit jours et plus après l'accouchement, lorsque la métrite chronique a continué de se manifester, alors tous ces éléments d'acuité sont bien baissés, et ils le sont d'autant plus qu'on s'éloigne davantage du moment de la délivrance ; ainsi cette sensibilité exquise est bien diminuée ; l'utérus, plus ou moins revenu sur lui-même, ne se prête plus autant à la distension de ses parois ; il est moins spongieux, moins vasculaire, moins perméable aux fluides, et, par conséquent, il se prête moins à la fluxion, à l'engorgement. Le sang offre, dans ses principes constituants, une modification importante ; le chiffre de sa fibrine, de son élément phlogistique, baisse, et cette diminution contribue beaucoup à la différence qui se remarque dans la forme de la maladie ; en effet, nous avons prouvé par des expériences que, chez la femme à l'état puerpéral, le chiffre de la fibrine va en diminuant à mesure que l'on s'éloigne de la fièvre de lait (troisième jour des couches) et que, comme l'utérus et autres parties que la grossesse avait fait sortir de leur état normal, il ne reprend son état physiologique qu'à la fin de l'époque puerpérale : or, cette diminution graduelle coïncide bien avec la diminution d'intensité, d'acuité et de gravité du mal. Et cette circonstance est facile à concevoir quand on réfléchit au rôle que joue la fibrine dans les maladies inflammatoires ; on sait que plus le sang contient de fibrine, soit d'une manière absolue, soit relativement aux globules, plus l'économie est disposée aux inflammations aiguës ; et que tel est le rapport qui existe entre cet état

pathologique et le chiffre élevé de la fibrine, que ce n'est qu'exceptionnellement que l'un marche sans l'autre.

Il est vrai qu'outre les motifs précédents, il en est d'autres que l'on peut considérer comme auxiliaires, mais qui sont loin d'avoir le même degré d'influence sur ces formes d'une seule et même maladie; ce sont les sueurs, les sécrétions laiteuse et lochiale. Souvent, quand se développe la métrite puerpérale chronique, les sueurs puerpérales sont disparues ou considérablement diminuées; dès lors la phlegmasie ne peut déterminer sur la sécrétion cutanée une dérivation qui non-seulement attire vers l'utérus l'excès de vitalité porté à la peau, mais qui, comme la chose arrive dans la métrite aiguë, prive le sang d'un émonctoire par où il se dépouille en quantité plus ou moins considérable de parties devenues hétérogènes qui, en restant dans ce véhicule de vie et de maladie, ne peuvent que contribuer à rendre la phlogose utérine aiguë. Vers le huitième jour des couches, lorsque se développe l'utérite chronique, la sécrétion laiteuse est bien établie et moins facile à disparaître; la puissance révulsive de la maladie sur elle est faible et laisse généralement intacte cette fonction, qui, dans la métrite aiguë se supprime si souvent ou, au moins, diminue d'une manière si notable; ce que nous avons dit précédemment de la perspiration cutanée peut donc lui être appliqué. Enfin, chez bien des femmes, du huitième au quinzième jour des couches les lochies diminuent, deviennent séro-purulentes, et quelquefois cessent tout à fait; chez presque toutes, à cette époque des couches, cette sécrétion est changée de nature et plus ou moins diminuée; elle est devenue moins nécessaire au retour physiologique de l'économie entière, elle l'est même moins à la matrice, dont la cavité est plus ou moins rétablie et dont le tissu est plus ou moins dégorgé; aussi est-elle bien moins sujette à se troubler, et son altération a-t-elle une influence bien moindre sur les caractères de la métrite.

Le traitement préservatif que nous avons fait connaître pour la métrite puerpérale aiguë est applicable à la métrite puerpérale chronique. A propos de cette partie du traitement de la métrite puerpérale, nous avons omis de faire connaître l'opinion de Delaroche et Baudelocque sur la saignée employée comme moyen préservatif de la métrite puerpérale; nous allons

réparer cette omission. Delaroche, en parlant de la valeur de la saignée comme moyen préservatif des maladies puerpérales, disait : « Il faut bien prendre garde qu'en médecine on ne doit jamais avoir recours à de grands moyens sans une nécessité proportionnée à leur importance. Or, la saignée n'est point un remède indifférent dans le temps d'un accouchement, dans le moment où il va peut-être se faire une perte abondante par les vaisseaux de la matrice qui abattera tout à fait les forces; dans un moment où la personne à qui on la fait est peut-être à la veille d'une maladie violente, où sa guérison dépendra de la saignée, devenue pour lors indispensable, et des forces qui lui resteront pour la supporter. Car ce serait se tromper grossièrement que de présumer que, si l'effusion du sang est un remède capable de guérir la fièvre puerpérale, elle doit aussi pouvoir la prévenir. Jamais, excepté dans quelques cas où il y a évidemment une disposition à la pléthore générale, occasionnée surtout et entretenue par des évacuations habituelles, la saignée n'a prévenu de maladie inflammatoire, lorsqu'elle n'a point encore commencé à se manifester par aucun symptôme. J'ai toujours vu, au contraire, que, lorsqu'il survenait une inflammation de quelque organe essentiel à la vie à une personne déjà considérablement affaiblie pour avoir perdu beaucoup de sang, elle avait moins de chance de se guérir qu'elle n'en aurait eu dans d'autres circonstances. »

Baudelocque (1), qui rapporte le passage précédent de Delaroche, le fait suivre des réflexions que voici : « Il survient après l'accouchement une série de phénomènes, d'actes, dont le développement et la marche régulière sont nécessaires au prompt rétablissement de la santé. Une saignée, pratiquée dans le but de prévenir une maladie dont rien n'annonce l'imminence, pourrait avoir un effet tout différent de celui qu'on en attend, et, par le dérangement, le trouble qu'elle apporterait dans les phénomènes qui sont liés au temps des couches, dans les actes qui sont une suite nécessaire de l'accouchement, devenir cause de maladie. »

En décrivant les expériences que nous avons faites pour connaître la composition du sang de la femme à l'état puerpéral, nous avons fait con-

(1) *Traité de la péritonite puerpérale*, page 283.

L'attention doit toujours être éveillée sur la formation des phlegmons du bassin ; l'on devra en rechercher avec soin l'existence et en suivre attentivement les progrès s'ils suppurent, afin d'être prêt à saisir le moment favorable pour en faire l'ouverture, dans le cas où les efforts de la nature resteraient impuissants.

CHAPITRE DEUXIÈME.

INFLAMMATION PUERPÉRALE DES TROMPES.

Bien rarement les trompes sont lésées sans que le mal ne leur ait été communiqué par les organes voisins, l'utérus, l'ovaire, le péritoine. Aussi, la plupart du temps, n'est-ce que sur le cadavre qu'on en reconnaît les altérations, masquées durant la vie, par des affections plus sérieuses.

La trompe est devenue quelquefois le siége et la source d'une exhalation sanguine sans rupture apparente, et cela s'est vu principalement chez des femmes en couches ou avortées et conjointement avec une métro-péritonite.

Neuvième observation. — Madame Boivin et A. Dugès rapportent le fait suivant :

« Une femme récemment avortée, à un temps très-peu avancé, est prise d'une inflammation de l'utérus et du péritoine à laquelle elle succombe ; l'extrémité ovarique de la trompe gauche est de la grosseur d'un petit œuf de poule, adhérente à l'ovaire qu'elle enveloppe en grande partie ; elle est rouge, très-vasculaire, et contient du sang fluide ; les parois de cette poche ont une demi-ligne d'épaisseur. La trompe droite est oblitérée à son pavillon gros comme le doigt, dépourvu de franges et adhérant à l'ovaire par quelques brides cellulaires ; du sang fluide y est contenu ; les restes d'un petit kyste séreux déchiré sont appendus à l'ovaire de ce côté.

« Dans le cas que nous venons de rapporter succinctement, disent ces auteurs, on doit remarquer une déformation qui n'est pas des plus rares, et qui, lorsqu'elle se rencontre des deux côtés, doit prendre place parmi les

causes de la stérilité, nous voulons parler de l'oblitération de la trompe adhérant ou non à l'ovaire. »

Des adhérences qui attachent les trompes à l'utérus, peuvent déformer ces organes; les auteurs précités attribuent ces adhérences à des inflammations chroniques; c'est à la même origine qu'ils attribuent ces oblitérations du pavillon de la trompe. Presque toujours alors l'ovaire est plus ou moins atrophié et adhérent, ou bien nul. Les franges ont disparu en partie ou en totalité, et le canal se termine par un élargissement plus ou moins volumineux. A cette occlusion peut se joindre celle de l'orifice interne ou utérin des trompes; il peut aussi s'établir, vers leur milieu, des points oblitérés; et même la totalité du tube peut prendre sa cavité.

Ce n'est pas là le plus ordinaire, l'oblitération n'est le plus souvent que partielle; et alors, dans la cavité restée libre, s'amasse une matière séro-muqueuse qui peut devenir plus ou moins abondante.

Les inflammations aiguës des trompes sont, en général, une complication de maladies plus graves, la métrite, la péritonite, l'ovarite. Durant la vie, une douleur plus vive vers les aînes et les régions iliaques peut faire présumer cette complication, que l'absence de tumeur distingue seule de l'oophorite.

Après la mort, on la reconnaît à la tuméfaction de ce tube, prononcée surtout vers son milieu et ses extrémités, à sa rougeur souvent très-vive, aux nombreux vaisseaux fortement injectés qui la parcourent. Les franges du pavillon offrent surtout, à un haut degré, ce gonflement et cette rougeur; souvent on les a vues boursouflées, infiltrées de sérosité et même de matière puriforme, qui leur donnait une couleur jaunâtre. Des flocons albumineux adhéraient aussi fréquemment à leur surface; une matière purulente visqueuse, blanchâtre et en partie muqueuse, parfois noirâtre et putride (Boër) occupe en certains cas, mais toujours en petite quantité, l'intérieur des trompes. Des foyers purulents peuvent siéger dans leurs parois, et notamment dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, qui est aussi quelquefois infiltré de sérosité plus ou moins opaque comme les fragments du pavillon.

Les trompes peuvent aussi être atteintes d'inflammation chronique. Sans

doute, c'est à un état de cette nature que l'on doit rapporter les dépôts purulents que l'on a observés, soit dans le tissu même de la trompe (Boivin et Dugès) soit à la face interne, dans sa cavité naturelle. Toutefois, ce pus pourrait provenir en partie de l'ovaire, et la chose était évidente dans l'observation de Laumonier (1) puisque l'ovaire était excavé en partie, et concourait, avec la trompe, à la formation d'un énorme foyer.

De même que les abcès de l'ovaire, ceux de la trompe peuvent s'ouvrir une issue au dehors; ils peuvent s'ouvrir 1° dans le péritone lui-même; 2° dans l'épaisseur des ligaments larges et fuser ainsi plus ou moins loin dans le tissu cellulaire sous-péritonéal; 3° dans l'utérus; 4° dans quelques-uns des organes creux situés près des trompes, comme dans la vessie et surtout dans le rectum.

« J'ai, dit M. Andral (2), observé cette année à la Charité, pendant que j'y faisais le service, un exemple de communication d'un abcès de la trompe avec le rectum. Voici la description de la pièce : des adhérences intimes unissaient l'intestin rectum avec une tumeur placée sur le côté gauche de l'utérus. Le rectum incisé par le bord opposé à celui où il adhérait à la tumeur, offrait à sa surface interne une perforation circulaire capable d'admettre tout au plus un tuyau de plume, et par laquelle il communiquait avec la tumeur ou poche indiquée. On s'en assura mieux encore, en comprimant légèrement cette dernière; le liquide purulent qu'elle contenait, passa sur le champ dans la cavité intestinale; c'est à cette communication que correspondaient les adhérences les plus intimes; elle était placée à peu près au niveau du détroit supérieur du petit bassin, sur la symphyse sacro-iliaque gauche, et plus tard, quand tout le gros intestin fut détaché, on constata que cette communication était à huit pouces de l'anus, à l'extrémité supérieure du rectum. Quant à la tumeur, ainsi ouverte dans l'intestin, elle était alors molle, ridée, sans autre ouverture à sa surface libre; elle se prolongeait dans le bassin, dont elle occupait le quart postérieur gauche; elle soulevait et refoulait le rectum en haut et à droite, de manière à lui donner la forme d'un arc de cercle, dans la concavité duquel

(1) *Mémoire de la Société royale de méd.*, 1782, page 299. — (2) *Précis d'anatomie pathologique*, tome II, page 700.

en droit d'admettre que la nature de l'affection qui s'en empare doit être la même que celle des organes précités.

Comme nous l'avons dit plus haut, le diagnostic de cette affection est très-obscure; elle ne se distingue de l'oophorite que par l'absence de la tumeur ovarienne; mais, dans certains cas, et surtout quand il y a dans la trompe une collection purulente, cette distinction est impossible. Du reste, quant au traitement, la chose importe peu, puisque la nature des deux affections, de l'ovaire et de la trompe, étant la même, c'est le même traitement qui convient. Or, nous n'en dirons rien ici, nous traiterons cette partie avec détail en décrivant l'oophorite.

On conçoit aussi combien peu cet état de choses, même bien reconnu, pourrait ajouter aux indications à remplir dans la métro-péritonite; seulement il devrait engager à porter, surtout vers l'hypogastre et les aînes, l'action des émollients et des autres antiphlogistiques, des sangsues, des ventouses.

CHAPITRE TROISIÈME.

DE L'OOPHORITE PUERPÉRALE.

Boivin et Dugès ont donné ce nom à l'inflammation des ovaires, que beaucoup d'autres auteurs nomment ovarite.

A peine pourrait-on citer un exemple bien avéré d'inflammation aiguë de l'ovaire hors l'état de grossesse ou de couches. L'ovarite peut se développer sous l'influence de l'état morbide des différentes parties de l'appareil génital avec lesquelles l'ovaire a des connexions plus ou moins intimes; c'est ainsi qu'elle se développe fréquemment à la suite de la métrite.

Les faits démontrent que l'ovarite isolée est rare; que, le plus souvent, cette affection existe en même temps que la métrite, ou que l'inflammation du tissu cellulaire qui entre dans la composition du ligament large correspondant. Ils démontrent aussi que cette phlegmasie prend souvent

Sous l'influence de ces moyens longtemps continués, la tumeur a graduellement diminué de volume et a fini par disparaître; avec elle ont diminué, puis cessé, les douleurs qui l'accompagnaient et les sympathies qu'elle mettait en jeu. La malade a repris de l'embonpoint, de la fraîcheur, des forces; les menstrues ont reparu presque sans mal; enfin, au bout de trois mois environ de traitement, elle se considérait comme guérie. C'est alors qu'elle devint enceinte pour la troisième fois. Les premiers temps de sa grossesse furent très-heureux, elle fut saignée à mi-terme. Entre les septième et huitième mois de gestation, elle fut prise d'une toux fatiguante, quinteuse, qui, pendant un certain temps, parut être occasionnée par une pneumonie légère occupant la partie postérieure du lobe inférieur du poumon droit. On opposa à ces symptômes une médication franchement antiphlogistique qui fit disparaître les symptômes locaux de l'inflammation parenchymateuse du poumon, mais qui ne modifia nullement la toux; celle-ci n'a cédé presque complétement que pendant les quinze derniers jours de la gestation, et sous l'emploi du sirop de thridace et de morphine.

Elle s'est accouchée à terme, par les seules forces de la nature et avec facilité, le 15 avril 1847. L'enfant était bien portant; mais la mère, qui était faible et maigre avant le travail, s'est trouvée plus maigre, plus faible et plus jaune après sa délivrance; cependant les suites de couches n'ont rien offert d'anormal; les lochies ont coulé comme d'habitude; la fièvre de lait s'est manifestée régulièrement, ainsi que la perspiration cutanée; mais, tandis que celle-ci fut abondante, celle-là fut peu considérable : elle a voulu allaiter son enfant, mais à chaque fois que le nourrisson tetait, elle se trouvait mal. Le huitième jour des couches, elle se décida à le sevrer, parce que le lait avait pour ainsi dire disparu. MM. P.... et D...., qui l'avaient traitée pendant la grossesse, et qui avaient témoigné aux parents les craintes qu'ils concevaient sur le développement d'une phthisie tuberculeuse des poumons, phthisie qu'ils ne révoquèrent plus en doute lorsqu'ils virent se déclarer du dévoiement, furent cause que le mari de cette dame me demanda de vouloir bien consulter avec ces messieurs. Le sixième jour des couches, la consultation eut lieu : rien du côté de la tête, si ce n'est un amaigrissement prononcé de la figure qui est d'une couleur jaunâtre. Rien du côté de la poitrine; pouls mou, 90 par minute; lait peu abondant; sueurs assez copieuses; lochies séro-sanguinolentes; diarrhée; sensibilité générale du ventre peu prononcée, plus forte vers la partie interne de la fosse iliaque droite qu'ailleurs; le ventre offre, dans cette région, un peu plus d'empâtement et de résistance. La pression abdominale brusque est douloureuse, surtout à la région ovarienne droite; mais ce qui différencie ce résultat de celui que l'on obtient par la pression dans la péritonite puerpérale, c'est qu'en établissant une compression graduelle, on parvient à déprimer fortement les parois abdominales en n'occasionnant que très-peu de douleur, dépression qui permet d'explorer convenablement tous les organes du ventre. C'est en agissant ainsi que nous sommes arrivés à reconnaître que l'utérus

qui, depuis hier, la fait souffrir au point de lui donner de la fièvre, ce sont des crevasses au mamelon gauche qui ne lui laissent pas un seul instant de repos ; ces crevasses avaient débuté par le sein droit, mais ici elles sont guéries. Elle a eu, cette nuit, un point dans le ventre et les deux flancs, mais il est disparu ; depuis hier elle éprouve de la douleur à sa hernie ombilicale. L'appétit revient. » — Même traitement ; augmenter un peu les aliments.

Le douzième jour (26 avril) nouvelle lettre qui m'apprend que la malade va bien, mais qu'elle reconnaît tout à fait l'impossibilité d'allaiter ; chaque fois qu'elle donne le sein à son nourrisson, elle éprouve des tiraillements dans le dos, dans le ventre et l'estomac, suivis de fortes sueurs ; son lait diminue de plus en plus, et l'enfant maigrit à vue d'œil ; elle est très-faible ; la diarrhée a complétement cessé, les lochies vont naturellement. — Même traitement.

Le 1er mai. Depuis que l'enfant est sevré, les tiraillements du ventre sont disparus ; mais cette nuit, elle a eu quatre selles avec cuisson à l'anus, mal au ventre et aux lombes ; étant au lit, elle transpire beaucoup ; elle peut rester levée six à sept heures par jour, l'appétit est assez bon ; pendant deux à trois jours, les lochies avaient diminué, mais, depuis hier soir, elles ont reparu avec plus de force. — Traitement : tisane de chiendent et de réglisse ; un peu de bière douce en mangeant, volaille, œufs frais, laitage ; lavements à l'amidon ; décoction blanche de Sydenham.

Le 4, la diarrhée, qui avait presque cessé, a reparu cette nuit ; de temps en temps elle ressent encore de légers maux de ventre ; elle a pris un rhume avec aphonie ; elle tousse, et, en toussant, elle ressent un léger grattement dans la gorge et la poitrine ; ce rhume lui a de nouveau ôté l'appétit ; elle n'a plus de lait. Il s'est développé, dans le creux du bras gauche joignant l'aisselle, une tumeur qui, par moment, la fait souffrir. Elle transpire toujours très-fort et ne peut plus se lever tellement elle est affaiblie ; entre les moments où elle sue, quelquefois elle éprouve des horripilations, jamais de frisson. Le sommeil est assez bon ; les lochies continuent de bien couler ; le pouls est à 120 par minute ; les sueurs n'offrent rien de régulier dans leur retour ; la tumeur de l'ovaire est augmentée ; la percussion de cette partie du ventre, qui est plus développée que du côté gauche, donne un son mat. — Traitement : emplâtre de Vigo *cum mercurio* sur la tumeur du bras ; du reste, idem.

Le 6, le rhume a disparu, mais le dévoiement persiste. On ajoute quelques gouttes de laudanum aux lavements d'amidon.

Du 8 au 15, le pouls a varié de 90 à 95. Le dévoiement a cessé et reparu par intervalles ; les sueurs ont diminué, l'appétit a faiblement reparu ; on a dû ôter l'emplâtre de Vigo à cause de vives douleurs que la tumeur du bras occasionnait, et de la fièvre qui en résultait. Émollients sur cette tumeur.

Le 21, je reçois la lettre suivante : « C'est le 18 dans la soirée que l'abcès de l'aisselle s'est ouvert ; il a coulé faiblement les premiers jours ; mais, depuis hier, son écoulement

Le 14, elle a fait en voiture neuf lieues de chemin pour venir me consulter. Voici ce que j'ai reconnu et prescrit : faiblesse et maigreur générales ; teint jaunâtre, terne ; origine des muqueuses décolorée ; elle tousse et n'expectore que peu. J'ausculte et je percute la poitrine avec soin, je n'y rencontre rien de pathologique ; l'appétit est faible, la digestion assez facile, le dévoiement reparaît encore par moment ; la langue est à peu près à l'état normal, il y a peu de soif ; elle est sensible au froid ; quand elle dort, elle sue un peu. Elle souffre le long de l'échine, dans les deux tiers supérieurs de la région dorsale, ces douleurs augmentent par une pression même modérée sur les apophyses épineuses des vertèbres de cette région ; cette pression réveille les douleurs de l'estomac, celle qu'elle ressent tantôt à droite, tantôt à gauche de la poitrine et dans le haut du ventre ; elle se plaint d'une grande faiblesse dans les jambes, et, par moment, de douleurs et d'engourdissement dans les bras ; elle souffre toujours dans le côté droit du ventre ; ces douleurs sont généralement sourdes, quelquefois, cependant, elles sont aiguës, elles s'irradient en plongeant dans le bassin et s'étendent jusqu'à la vulve ; quelquefois elles se font sentir à l'aine, à l'hypocondre et à la région lombaire du côté droit ; elles forcent la malade à marcher un peu courbée de ce côté ; la marche, les mouvements et la pression les augmentent ; cette partie du ventre est plus tendue, plus résistante que celle du côté opposé ; il n'y a ni tympanisation, ni fluctuation ; la malade étant au lit et les parois du ventre bien relâchées, on parvient, non sans peine, en plongeant profondément la main vers la partie interne et supérieure de la fosse iliaque droite, à sentir une tumeur mobile, du volume d'un œuf de poule, sensible et de dureté médiocre. — Diagnostic. Oophorite sub-aiguë, avec bronchite, colite, et irritation spinale. Traitement : vésicatoire au bras droit, eau d'orge, eau rougie avec le vin de Bordeaux en mangeant, nourriture tonique et non irritante ; bains généraux émollients, deux par semaine et à prendre intérieurement l'iodure de potassium comme suit :

℞ : Iodure de potassium xij gr.
Dissolvez dans eau distillée de tilleul ℥ iv.
— iode. . . . . 1/2 gr.

A prendre une cuillerée à bouche matin et soir dans un dessus de tasse d'eau sucrée. Tous les quatre jours on augmentera la quantité de sel d'iode de 3 grains.

De plus on frictionnera le côté droit de l'abdomen et la partie interne de la cuisse correspondante, trois fois le jour, avec la pommade suivante :

℞ : Iodure de plomb ʒ ij
Axonge préparé ℥ ij
Opium gommeux xij gr
mêlez.

des ganglions lymphatiques de l'aisselle, de la muqueuse bronchique et de la moelle épinière; c'était le cas de dire que l'ovarite était la source d'une foule d'autres affections de même nature, et éloignées d'elle : aussi avons-nous toujours pensé que le traitement essentiel, celui que pouvait procurer un rétablissement complet de la santé, était celui que réclamait l'ovarite. Comme anciennement nous nous étions bien trouvés des préparations d'iode, c'est encore à elles que nous nous sommes adressés dans cette circonstance.

Nous ferons remarquer, en passant, le retentissement prompt de l'action locale de l'iodure de potassium sur la tumeur ovarienne; ce phénomène sympathique, conduit avec ménagement, a dû puissamment aider l'action physiologique du remède pour favoriser la résolution de la tumeur.

Nous terminerons ces réflexions en attirant l'attention du lecteur sur la symptomatologie de cette phlogose; elle nous a paru de la plus grande importance pour établir une description claire et précise de la maladie.

ONZIÈME OBSERVATION. *Ovarite terminée par suppuration; le pus s'est fait jour dans l'intestin rectum, d'où il fut rejeté au dehors.* (Cette observation m'a été communiquée par un confrère obligeant et ami.) — La femme J.-J. Hubert d'Y....., âgée de trente-trois ans, d'une constitution délicate, accoucha d'un premier enfant qui mourut du muguet vingt jours après sa naissance. Malgré que les couches eussent été naturelles et heureuses et que la malade semblât marcher rapidement vers la guérison, le onzième jour qui suivit sa délivrance, fut marqué par un accès de fièvre intermittente très-long qui dura vingt-quatre heures. Appelé auprès de la malade le lendemain de cet accès, 25 février, je reconnus une irritation bien caractérisée de l'estomac accompagnée de symptômes généraux très-intenses et d'une céphalalgie violente. Du reste, la matrice n'offrait aucune douleur à la pression, et les lochies coulaient abondamment. — Traitement : saignée de ℥ xij, boissons acidulées, abstinence, compresses émollientes sur la région épigastrique.

Le lendemain, la douleur de tête était diminuée, tous les symptômes d'inflammation gastrique étaient aussi sensiblement amendés. — Mêmes moyens, hormis la saignée.

Le 28 février, l'accès intermittent a reparu le matin et a duré jusqu'au soir; l'estomac paraissant capable de supporter sans inconvénient un antipériodique, 15 grains de sulfate de quinine furent administrés par intervalle. Boissons émollientes, soupe aux herbes.

Du 28 février au 10 mars, les fièvres ne reparurent plus et la malade, guérie de son inflammation gastrique, semblait entrer en convalescence, quand un nouvel accès inter-

mittent vint de nouveau retarder la guérison. J'eus de nouveau recours au sulfate de quinine, mais à sa suite, la malade se plaignit de douleurs vagues et lancinantes dans le bas-ventre. Cette partie de l'abdomen explorée n'offrit rien de particulier, seulement le toucher au-dessus de l'ovaire gauche occasionnait de la douleur. Au demeurant, l'état général était bon et les lochies continuaient à couler. Croyant avoir affaire à une inflammation commençante de l'ovaire, douze sangsues furent appliquées *loco dolenti*, compresses émollientes renouvelées, boissons douces, diète lactée.

Le 13 mars, les douleurs avaient cédé à l'émission sanguine aidée par les émollients, et la malade ne ressentait plus qu'une pesanteur peu incommode qui semblait tirailler les muscles du côté gauche de l'abdomen; mais le 14, un nouvel accès de fièvre intermittente reparut et fut suivi de douleurs plus vives dans la région hypogastrique gauche; cette partie offrait alors une tumeur légère qui s'étendait de la ligne blanche vers la crête iliaque gauche et était un peu sensible à la pression. L'accès fut combattu par l'antipériodique cité, et la tumeur fut continuellement recouverte de cataplasmes émollients.

Le 16, un confrère ayant vu la malade avec moi, reconnut cette tumeur, diagnostiqua un engorgement de l'utérus avec anteflexion, et proposa de le combattre par les sangsues, les demi-bains, les émollients locaux et généraux. Cette médication, que l'on aida par une diète végétale assez sévère et par l'usage des pillules d'extrait de belladone, calma la douleur, mais ne diminua nullement l'engorgement de l'ovaire qui continua de faire des progrès.

Le 1er mai, l'on voyait et l'on sentait distinctement une tumeur oblongue, du volume d'un œuf de dinde, que l'on pouvait abaisser en masse en la comprimant ; cette tumeur était le siége de douleurs sourdes, qui avaient le caractère lancinant, et revenaient d'une manière intermittente, irrégulière. Il est à remarquer que depuis le 15 avril, les lochies ne coulaient plus que par intervalle de trois à quatre jours, et que la sécrétion du lait, que l'on avait aidée, diminuait aussi graduellement. Le 1er mai tout écoulement avait disparu, et les moyens suivants furent prescrits d'accord avec le confrère précité : douze sangsues sur le siége du mal, bains généraux de deux en deux jours, diète lactée et végétale, pillules vireuses, frictions sur la tumeur avec une pommade iodurée, dont on augmentera graduellement la force.

Le 5 mai, un frisson sans tremblement, suivi de chaleur, faisant craindre encore le retour d'accès fièvreux, fut combattu par le sulfate de quinine. La tumeur n'a pas changé de volume ; les douleurs sont rares et toujours lancinantes ; la pression n'occasionne que peu de sensibilité. — Frictions iodurées, bains généraux, diète légère.

Le 10 mai, les douleurs deviennent de plus en plus rares ; mais l'engorgement semble conserver son volume ; la pression est peu douloureuse ; l'état général de la malade est satisfaisant. — Mêmes moyens.

Depuis cette époque jusqu'au 25 suivant, la même médication, fut employée et ne produisit aucun changement dans le volume de la tumeur ; mais les douleurs, devenues plus rares et plus légères, perdaient leur caractère lancinant quand, le 26, un accès de fièvre intermittente très-violent, qui se renouvela le lendemain, vint de nouveau faire reparaître les douleurs de l'ovaire et plonger la malade dans la désolation. Ces douleurs assez aiguës, n'étaient plus lancinantes, elles étaient comparées à une forte compression qu'on aurait exercé sur la tumeur. — Vingt grains de quinine à prendre en huit jours ; frictions iodurées deux fois le jour ; bains généraux tous les deux jours ; grande ciguë en pillules ; boissons délayantes ; alimentation légère et végétale.

Depuis le début de cette affection, les douleurs ont une marche intermittente ; chaque accès de fièvre était annoncé, huit à dix heures d'avance, par une augmentation des douleurs qui diminuaient quelquefois le lendemain de l'accès ; mais en général l'antipériodique coupait la fièvre intermittente, et n'avait aucun effet sur les douleurs qui reparaissaient au bout de trois à cinq jours.

Le 10 juin, l'état général de l'individu semble s'améliorer, les forces sont augmentées, l'appétit est meilleur, les fonctions digestives s'exécutent fort bien, mais la tumeur est toujours au même état, elle s'élargit sensiblement et dépasse actuellement le côté droit de la ligne blanche de plusieurs lignes ; sa sensibilité est fort obtuse, la marche et les mouvements légers n'occasionnent aucune douleur. — Mêmes moyens ; on applique un emplâtre de grande ciguë sur le mal.

Le 20, la malade se promène sans ressentir de plus fortes douleurs ; mais la tumeur conserve son volume malgré les fortes doses d'iode mises en usage, malgré la ciguë à l'intérieur et en emplâtre, malgré les bains généraux pris tous les deux jours. Ne voulant pas continuer des moyens toujours inactifs et sans succès, je proposai pour la deuxième fois un séton *loco dolenti* ; mais, comme cette femme ne souffrait que très-peu et craignait cette médication, elle se désola et demanda du temps. Ne pouvant forcer cette malade, douée d'une constitution très-délicate, à employer un moyen qu'elle semblait redouter, j'abandonnai son mal aux ressources de la nature, en lui recommandant un régime convenable et l'éloignement de tout écart hygiénique.

Je revis cette malade plusieurs fois depuis cette époque, la tumeur n'a pas diminué de volume, au contraire elle est plus ample ; elle dépasse actuellement de deux pouces du côté droit la ligne blanche, tandis qu'elle semble diminuer à gauche. De temps en temps, et surtout après un jour de fatigue, elle devient le siége de douleurs sourdes qui obligent la malade à garder le repos ; du reste, ses mois ont reparu depuis le 24 août, et reparaissent à chaque époque.

Cette tumeur qui, probablement, est un engorgement, et peut-être une induration de l'ovaire qui semble gagner l'utérus en s'élargissant insensiblement, a continué à faire des progrès malgré un traitement antiphlogistique longtemps continué. Un révulsif profond

l'intérieur la force expansive, a plus d'une fois été cause de phlegmasies intérieures, comme il est assez souvent arrivé qu'une phlogose interne s'est accompagnée de fièvre semblable. Quoi qu'il en soit, ces accès fébriles ont puissamment contribué à rendre l'affection ovarienne rebelle, de longue durée, et à la faire se terminer par suppuration.

Il nous semble que c'est bien l'ovaire gauche qui était malade; cependant pour en éclairer le diagnostic, un moyen puissant fut négligé, c'est le toucher rectal. Cette phlegmasie ovarienne, après avoir revêtu les caractères de l'acuité, est passée à l'état chronique; elle a même offert et par sa durée et par le peu de symptômes qui l'accompagnaient dans les derniers temps de son existence, un exemple type de cette forme de l'oophorite.

Bien des moyens furent sagement employés; les antiphlogistiques, les préparations d'iode et de ciguë, nous paraissaient parfaitement indiqués; mais leur insuccès aurait dû déterminer le médecin traitant à recourir aux préparations mercurielles, aux vésicatoires volants et autres qui, en cas pareils, ont tant de fois réussi.

Douzième observation. *Oophorite aiguë survenue hors l'état puerpéral et terminée par abcès; ouverture du foyer purulent dans les intestins.* — La femme P.... des R...., de C...., me consulta le 1er février 1847; cette femme, âgée de quarante-sept ans, est grande, fortement constituée, mère de quatre enfants; elle est bien réglée et habituellement bien portante; depuis une quinzaine de jours elle souffre du ventre, et, par moment, ces souffrances prennent une intensité telle qu'elles arrachent des plaintes amères à la malade qui, alors, se croit atteinte de coliques *miserere*. Lorsque je l'ai visitée elle était au lit; ses pommettes étaient colorées, sa peau brûlante, son pouls fébrile; la tê et la poitrine étaient saines; elle éprouvait peu d'appétit, peu de soif; elle a eu d nausées, même quelques vomissements; selles rares et dures; urines rares et rouge langue rougeâtre et tendant à se sécher. Je palpe l'abdomen qui est le lieu où rapporte toutes ses douleurs; je rencontre dans le côté droit du ventre, entre la li blanche d'un côté, la crête iliaque de l'autre, une tumeur arrondie, dure, mobile, tendant en haut vers l'hypocondre droit, en bas vers la cavité pelvienne; cette tumeu sensible à la pression et au mouvement; elle empêche la malade de se remuer dans s et de prendre une autre attitude que le coucher en suppination. Je diagnostique une masie de l'ovaire droit et je prescris : saignée générale; frictions sur la tumeu iodure de plomb, puis la recouvrir de cataplasmes émollients, boissons et régim

pression ; elle force la malade à rester couchée en suppination, le membre pelvien droit en demi-flexion. Les selles sont rares et dures, les urines rares et rouges, la langue blanche, piquetée de rouge, tendant à se sécher : nausées, vomissements, anorexie, soif, céphalalgie ; peau chaude, pouls plein, un peu accéléré, respiration gênée, toux sèche. Où siége la douleur, il existe une tumeur arrondie, dure, mobile, séparée de la fosse iliaque par un intervalle dépressible. La saignée du bras, les sangsues à l'anus, puis *loco dolente*, des fomentations émollientes, des lavements doux, un régime sévère, des boissons antiphlogistiques et le repos, ont, en quinze jours de temps, fait disparaître tout ce cortége de symptômes inflammatoires et la femme s'est promptement rétablie.

La tumeur de l'ovaire droit, qui avait acquis le volume de la tête d'un fœtus à terme, a considérablement diminué, mais n'a jamais disparu complétement ; toujours elle est restée grosse comme un œuf de poule environ. Après la ménopause, cette femme fut pendant deux à trois ans, et plusieurs fois chaque année, sujette à la même oophorite aiguë, contre laquelle les antiphlogistiques, employés hardiment, ont toujours suffi pour obtenir la terminaison par résolution. Aujourd'hui (juin 1847), qu'elle est au retour d'âge depuis douze ans, cette tumeur de l'ovaire persiste, elle est grosse comme un œuf, dure, mobile, évidemment séparée de la fosse iliaque, et se rapprochant de l'angle droit supérieur de l'utérus.

Depuis sept à huit ans que la veuve G.... offre de temps en temps des signes de congestion cérébrale qui la forcent de recourir à la saignée plusieurs fois par an ; depuis que le raptus sanguin semble avoir pris une autre direction et ne plus se porter vers l'ovaire, celui-ci n'est plus atteint de phlegmasie aiguë.

QUATORZIÈME OBSERVATION. *Oophorite chronique hors l'état puerpéral donnant lieu à des métrorragies foudroyantes.* — Madame D....., de J....., était parvenue à l'âge où l'irrégularité si fréquente des menstrues caractérise le premier temps du retour. Cette femme, grande, bien constituée, tempérament lymphatico-nerveux, est âgée de quarante-six ans et mère de cinq enfants ; elle perdit son mari à la fleur de l'âge ; elle en éprouva un vif chagrin, que vinrent aggraver d'autres peines, telles que perte de grandes ressources pécuniaires, perte de trois enfants en quelques années de temps, infirmités considérables chez ceux qui lui restaient. Sous le poids continuel de ces affections morales si pénibles, elle fut en proie à diverses affections nerveuses de la tête, de l'estomac, etc. Bientôt ses menstrues offrirent de l'irrégularité dans leur retour, leur durée et leur quantité. C'est pendant l'existence de l'une des époques cataméniales, qu'elle fut prise d'une ménorragie si abondante, qu'elle fut sur le point de succomber : il en résulta des syncopes très-longues et très-inquiétantes ; c'est alors que je fus appelé en consultation. Outre les symptômes généraux qui suivent une violente métrorragie, tels que pouls mou, lent, faible ; extrême faiblesse générale, sentiment presque continuel de

tude ; du reste elle a de l'appétit, pas de soif, langue naturelle, digestions faciles, selles rares et assez difficiles, urines normales ; le ventre est souple, sans tumeur ni douleur même à la pression ; la matrice a récupéré son volume et sa place physiologique ; il existe encore très-peu d'écoulement blanc par le vagin ; le toucher vaginal et rectal, l'application du spéculum ne font rien reconnaître de pathologique du côté du système utérin ; la sécrétion mammaire ne paraît pas altérée, elle continue d'allaiter son enfant qui vit et se porte bien. Elle me dit que je la trouve dans un de ses bons jours, que sur sept elle en a ordinairement trois mauvais et quatre bons, que les 14, 15 et 16 furent mauvais et qu'aujourd'hui elle commence la série de ses quatre bons jours. Les mauvais jours sont caractérisés par des horripilations dans le dos, de la chaleur à la tête, ensuite, et toujours de minuit à six ou sept heures du matin, se déclarent les douleurs, légères d'abord et qui augmentent rapidement d'intensité, vers la partie interne de la fosse iliaque gauche ; ces douleurs durent ordinairement trois à quatre heures et se terminent fréquemment par des sueurs du tronc et des membres supérieurs, tandis que les extrémités inférieures sont froides ; pendant la durée des accès il y a de l'altération, de l'anxiété, du malaise ; la malade se plaint très-amèrement, elle gémit, quelquefois même elle jette des cris plaintifs ; elle cherche à soulager ses douleurs en s'appuyant sur les coudes et les genoux et tenant ainsi le bassin en l'air ; son ventre n'est pas sensible à la pression, mais elle y éprouve fréquemment la sensation d'une boule qui le parcourt en sens divers. Lorsque ces douleurs se calment, elle est le reste de son mauvais jour tranquille, seulement elle est plus accablée et la région ovarienne gauche plus sensible ; souvent elle éprouve le besoin d'aller quand elle est dans un accès, et si elle obtient une selle alors, sa sortie est très-douleureuse. Elle dit que les douleurs qu'elle éprouve pendant ses accès sont comparables aux douleurs d'enfantement, mais sont beaucoup plus fortes.

Traitement. Je fais appliquer au bras gauche un vésicatoire qu'on entretiendra en suppuration ; vésicatoire volant *loco dolenti ;* régime doux, boissons idem ; lavements laudanisés et à prendre trois des pillules suivantes chacun des quatre jours qui constituent l'intermittence :

℞ Sulfatis quinini gr. xxij.
Extr. op. aquosi gr. ij.
— valer. sylv. q. s.
Ut f. pil. æq. n° xij.

Le 24. Le 20 elle a ressenti quelques points violents à la hanche gauche, elle en a aussi ressenti quelques-uns à droite, sans autre apparence d'accès. Le 21, vers quatre heures, après avoir encore ressenti quelques points semblables, elle fut prise d'horripilations dans le dos qui ont duré deux heures et, pendant ce temps, elle a encore éprouvé

une vive douleur à l'ovaire gauche avec irradiation vers le bassin, même vers l'ovaire opposé, quelquefois vers l'épigastre où elle détermine une espèce de faim canine. Le 22 elle n'a rien éprouvé ; le 23 il en fut de même, mais vers le soir elle a eu une selle très-dure qui a provoqué des douleurs intenses au rectum, à l'anus et au vagin. Même traitement.

Le 31. Les 24, 25, 26 et 27 jusque dans l'après-midi, elle a été dans une intermittence complète ; ce dernier jour dans l'après-dîner, elle eut encore des horripilations et des points violents qui ont disparu en la réchauffant par des moyens externes ; les 28 et 29, bien ; le 30, même état que le 27, cette fois le frisson fut accompagné et suivi de douleurs supportables vers l'hypogastre. Il est une chose digne de remarque, c'est que si, pendant ses accès, elle prend un lavement, la sortie des fèces sans être bien dures la fait beaucoup souffrir et lui donne la sensation d'un corps poussant, qui tend à descendre et qui occupe le dessus du rectum ; ces phénomènes n'ont pas lieu si la défécation arrive en autre temps, pendant la durée de ses attaques, souvent elle éprouve à l'épigastre un sentiment de vide qui la force à manger : dans les premiers temps de sa maladie, elle ressentait, quand elle voulait marcher, de l'engourdissement aux extrémités inférieures, ce symptôme est totalement disparu, ce qu'elle attribue aux boissons et aux nourritures toniques qu'elle a prises. — Même traitement. Alimentation tonique. Elle ne prendra plus le sulfate de quinine.

Le 7 janvier. Le 31 décembre elle a été bien, ainsi que le 1er janvier jusqu'à cinq heures du soir, mais alors elle ressentit un frisson qui dura trois quarts d'heure, et éprouva pendant une heure et demie une douleur assez vive à l'ovaire gauche. Les 2 et 3, bien. Le 4, bien jusque vers cinq heures du soir où il se manifesta un léger frisson avec ressentiment de la douleur précitée. Le 5, bien jusque vers cinq heures de l'après-midi, époque où se déclara un frisson dont la durée fut de deux heures, et qui fut accompagné de douleurs intenses, simulant des maux d'enfant, et siégeant à la partie interne de la fosse iliaque gauche, s'étendant vers le rectum et le vagin. Le 6 elle a bien été jusque minuit, alors elle a ressenti sa douleur du côté gauche de l'hypogastre avec sensation d'une boule roulante dans l'abdomen ; cet état dura trois quarts d'heure et ne fut précédé ni accompagné de frissons. Les selles restent dures ; leur sortie, quand il y a accès, est très-douleureuse, alors elle éprouve des fausses envies qui simulent des maux poussants et douloureux ; les urines vont bien et sans mal ; il n'existe plus d'écoulement utéro-vulvaire, pendant les accès le ventre devient sensible et il le demeure quelque temps après leur cessation ; pendant qu'ils existent, elle est altérée, elle perd l'appétit, elle ne sait quelle position prendre, celle que nous avons indiquée plus haut est toujours celle qu'elle préfère. Bien que les accès offrent quelque irrégularité dans leur retour, dans leur intensité et dans leur forme, nous nous décidons à recommencer l'usage du sulfate de quinine uni aux narcotique et antispasmodique ; du reste, idem.

Le 11. Depuis qu'elle a repris l'usage du sulfate de quinine, elle a moins souffert; ses défécations sont plus faciles et presque pas douloureuses, ses accès moins forts, son appétit meilleur, mais elle me fait observer que la douleur de l'ovaire gauche, qui est très-faible et ressemble presque à une gêne, est continue, que seulement elle augmente d'intensité par moment; je palpe avec soin cette région et j'y découvre une tumeur située près de l'angle supérieur gauche de l'utérus, arrondie, douloureuse à la pression et du volume d'une noix. Même traitement.

Le 14. Le 11, sans avoir éprouvé de frissons, elle a ressenti une douleur supportable vers l'ovaire gauche, augmentant seulement d'intensité par accès, et qui a duré douze heures. Le 12, bien. Le 13, nouveau mais léger frisson avec douleur de l'ovaire gauche qui, pour la première fois, lui a paru tuméfié; ce jour-là, vers neuf heures du matin, elle fut prise en dessous du sein gauche d'une douleur qui augmentait par l'inspiration et qui a duré jusque vers cinq heures du soir; elle a remarqué que le lait ne venait pas aussi facilement du sein gauche que du sein droit. Le 14, bien. Pendant cette semaine, elle n'a plus éprouvé de maux poussants, la miction et la défécation furent faciles et sans douleur, l'appétit bon; elle offre, hors des accès, l'apparence de la santé. Traitement: aliments et boissons toniques; trente gouttes par jour de la solution d'iodure de potassium de Magendie; frictions le soir et le matin avec gros comme une amande de la pommade suivante sur l'hypogastre: 2 iodure de plomb 3 gros, opium muqueux 12 gr., axonge préparée 1 once.

Le 4 mars. Ce traitement fut continué sans interruption jusqu'aujourd'hui, et, sous son influence, la tumeur ovarienne a insensiblement diminué, puis disparu, ainsi que les douleurs et autres dérangements qui l'accompagnaient; aujourd'hui elle est complétement guérie, elle cesse toute espèce de traitement.

L'affection dont nous venons de rapporter l'histoire et dont nous n'avons rencontré aucun exemple dans les annales de l'art, était-elle bien de nature nerveuse, la dénomination d'oophoralgie ou d'oophorie lui était-elle bien applicable? Pour nous la chose n'est pas douteuse quant aux premiers temps de la maladie : en effet, les causes que nous avons fait ressortir; la marche intermittente de l'affection; l'absence complète, pendant l'intermittence, de phénomènes pathologiques de nature organique, tels que sensibilité à la pression, douleur, gonflement, etc., de l'organe souffrant; la nature des douleurs, qui étaient expulsives et se propageaient telles au rectum et au vagin; les envies d'aller pendant l'attaque, et la défécation difficile et douloureuse; les symptômes sympathiques qui se manifestaient

vers l'épigastre, tels que sensation de vide, de faim impérieuse; la persistance de l'écoulement lochial et de la sécrétion laiteuse; le malaise, l'anxiété que la malade ressentait et qui la forçait à s'agiter, à se remuer sans cesse, à se débattre, à changer de position et surtout à prendre celle sur les genoux et les coudes; l'influence avantageuse produite par l'administration intérieure de l'antipériodique uni aux narcotiques et antispasmodiques; ces circonstances réunies constituent, ce nous semble, une démonstration évidente de la nature nerveuse de la maladie. Aussi, dans la description de cette observation comme dans toutes celles qui appartiennent à la pathologie du système nerveux (de la vie organique surtout), retrouvons-nous quelque chose d'irrégulier dans la marche de la maladie, quelque chose de bizarre dans ses symptômes, et de l'anomalie dans ses phénomènes sympathiques, qui nous ont forcé, pour rester narrateur fidèle, exact et complet, d'être long, de paraître même confus.

Si, dans une foule de faits pathologiques qui se présentent à l'observation du praticien, l'étiologie, bien que très-essentielle, soit souvent la partie la plus obscure, quelquefois il en est autrement, et le cas que nous venons de rapporter est de ce nombre; ici, les causes de l'affection nous ont paru évidentes, contribuer puissamment à caractériser la nature de l'affection et, par conséquent, à établir ses indications thérapeutiques; ce sont : *a.* l'état puerpéral de la femme; *b.* son tempérament lymphatico-nerveux; *c.* une perte abondante de sang après le travail; *d.* l'état de lingère; *e.* et, comme causes occasionnelles, une chute sur l'abdomen qui peut avoir comprimé ou plus ou moins violemment secoué l'ovaire, et une vive frayeur.

A quoi pouvait-on rattacher l'engourdissement que cette femme a ressenti dans les extrémités inférieures pendant les premiers temps de sa maladie? Était-il symptomatique d'une affection organique ou nerveuse de la moelle épinière, et celle-ci était-elle idiopathique ou symptomatique? Telles sont les questions que nous nous sommes posées pour pouvoir nous rendre compte de ce phénomène pathologique, et tel est le résumé des solutions que nous leur avons données : ce symptôme, qui est loin d'être rare chez les nouvelles accouchées, n'existait pas avant la chute faite par la patiente, il ne s'est même développé que plusieurs jours après, il a dis-

paru sous l'influence de la médication mise en usage contre l'oophorie et lorsque celle-ci était déjà considérablement amendée ; il n'existait du reste aucun autre symptôme du côté du cordon rachidien. Ces diverses considérations nous ont porté à admettre que ce phénomène pathologique était une conséquence de l'influence maladive qu'exercent les nerfs de la vie organique sur ceux de la vie de relation avec lesquels ils ont de si nombreuses communications.

C'est à dater du 1^er^ au 6 janvier et lorsque la maladie avait déjà plus d'un mois d'existence, que nous avons vu sa nature se modifier et se développer les symptômes d'une affection organique de l'ovaire gauche, d'une oophorite sub-aiguë. Et comment en aurait-il été différemment pour cet organe, tandis que, pour une foule d'autres, l'on observe la même chose? Ce changement dans la nature de la maladie est une conséquence bien naturelle des congestions réitérées que les accès névropathiques occasionnaient : aussi nous attendions-nous à ce résultat en voyant l'opiniâtreté et la longue durée de la névrose ovarienne; et nous n'avons pas été surpris de voir se manifester la perte d'appétit, la douleur sourde, augmentant à la pression et par accès, continue, avec engorgement de l'ovaire gauche; l'irrégularité et la variation symptomatique des accès. Ces phénomènes morbides furent avantageusement combattus par la médication iodée, et leur cessation a mis fin à l'état maladif de cette femme. Depuis quatre mois que cette guérison s'est opérée, il ne s'est manifesté aucun signe de récidive.

§ II. *Pathologie de l'oophorite puerpérale.*

On a distingué l'ovarite en simple, idiopathique ou puerpérale, et en symptomatique. On pourrait, dit Valleix (1), diviser la première en ovarite puerpérale proprement dite, et en ovarite post-puerpérale.

Si l'on veut regarder comme aiguës à leur début un certain nombre de phlegmasies chroniques, on pensera que la permière forme ne paraît si rare que parce qu'elle est souvent peu prononcée. Quand on voit des

(1) *Guide du méd. prat.*, art. *Ovarite*, page 541.

douleurs violentes, instantanées et passagères précéder le développement d'une affection chronique, s'accompagner de fièvre, etc., il est bien difficile de ne pas croire qu'il y a eu là un temps d'acuité ; et l'on peut, par induction, supposer que, si la chose est rarement évidente à un tel degré, cela tient au peu de sensibilité naturelle de l'ovaire. Et, en effet, dans bien des circonstances où l'on ne peut méconnaître sur le cadavre une oophorite aiguë, les symptômes propres de cette maladie ont été ou presque nuls ou tout à fait masqués par la métrite ou la péritonite auxquelles l'inflammation de l'ovaire était jointe, comme il arrive fréquemment chez les femmes en couches.

La division que nous avons adoptée est celle de l'oophorite en ovarite aiguë et ovarite chronique ; nous allons traiter de l'une et de l'autre.

Première forme. — Oophorite aiguë.

Les causes qui dominent toutes les autres et qui, selon Boivin et Dugès, agissent peut-être seules, sont la grossesse et l'accouchement. Velpeau (1) attribue une influence incontestable sur le développement de l'ovarite à la suppression ou à la diminution des règles, aux contusions violentes de la région iliaque et à une inflammation du péritoine voisin. On l'a souvent rencontrée dans les cas de métro-péritonite puerpérale. Elle coïncide souvent avec une lymphite ou une phlébite pelvienne. Enfin, dit Fabre (2), il y a une ovarite blennorragique. Copland (3) a signalé une ovarite rhumatismale. Louis (4) a trouvé ces organes rouges et congestionnés dans plusieurs cas de maladie fébrile. On a plus souvent rencontré cette phlegmasie dans la fièvre puerpérale ; mais ici elle est généralement secondaire. On a attribué à l'usage des aphrodisiaques quelques cas d'ovarite. Mais les causes les plus ordinaires de l'ovarite aiguë sont : une inflammation antérieure de l'ovaire ; l'extension, à cet organe, d'une phlegmasie du péritoine ou de l'utérus ; nous avons cité un cas où la phlegmasie du cœcum a paru s'étendre à l'ovaire et donner lieu à une

(1) *Répertoire de méd.*, tome XXII, page 569. — (2) Ouvrage cité, page 651. — (3) *Journ. méd. chirur.*, London. 1830. — (4) *Recherches sur la fièvre typhoïde.*

oophorite bien caractérisée; nous en avons cité un autre, où une violente secousse paraît avoir produit le même résultat. Un accouchement difficile et prolongé, des contusions dans les régions iliaques, l'écoulement lochial troublé dans sa marche, deviennent quelquefois causes prédisposantes ou occasionnelles de cette maladie.

Cette affection est fréquemment latente, nous en avons donné un exemple.

« Quelquefois, dit Fabre (1), elle ne se manifeste que par une fièvre continue, violente, qui se prolonge pendant plusieurs jours, et qui n'apporte aucun trouble dans la sécrétion du lait et des lochies; puis tout à coup le délire ou l'assoupissement survient, et dans les cas graves, la mort. Aucun symptôme local, ni l'exploration du ventre ni le toucher, rien n'indiquait ce désordre. »

L'ovarite aiguë se reconnaît à la douleur pongitive et au sentiment de chaleur que la malade éprouve vers la partie interne de la fosse iliaque correspondante; cette douleur, susceptible d'augmenter par moment, et de devenir très-aiguë, est en général sourde; elle augmente par les mouvements et la pression, par les écarts de régime, par l'excitation des organes génitaux; les mouvements du membre inférieur correspondant à la partie malade, causent ou augmentent la douleur, et, dans quelques cas, ce membre reste immobile et à demi-fléchi. Souvent la douleur s'étend vers l'hypocondre du même côté ou vers l'hypogastre; quelquefois elle gagne l'utérus et le péritoine quand ces parties sont enflammées en même temps.

Lorsque l'ovaire est seul enflammé, ou que la matrice ne l'est que par extension de cette phlogose, alors le ventre n'est réellement sensible à la pression que dans la région correspondante à l'ovaire, et plus on s'en éloigne, plus cette sensibilité disparaît; il en est de même de la douleur et des résultats de la pression; cette partie de l'abdomen est ordinairement plus tuméfiée, plus tendue et plus empâtée que celle du côté opposé; il n'y a pas ou que rarement tympanisation, souvent, au contraire, la percus-

(1) Ouvrage cité, page 656.

sion y donne un son plus mat qu'ailleurs. Par une pression graduée on peut toujours, à moins qu'il n'y ait complication de péritonite, arriver à l'ovaire, qui forme une tumeur plus ou moins considérable, de forme variée, souvent un peu allongée, quelquefois arrondie, résistante; cette tumeur, dit Chereau, est mobile, et, selon Valleix (1) il existe entre elle et l'os iliaque un intervalle souple. Elle est quelquefois sensible à la vue, plus souvent elle n'est reconnaissable qu'au toucher. Lorsqu'elle est considérable, sa compression sur l'intestin peut déterminer la constipation; elle peut, en appuyant sur la vessie, troubler ses fonctions; dans certains cas, elle refoule la matrice d'un côté ou d'autre, et applatit le vagin.

L'ovarite simple ne trouble que peu, ou pas les lochies; elle donne lieu à un mouvement fébrile plus ou moins fort, dans lequel la peau acquiert de la chaleur, le pouls de la fréquence. Un sentiment de lassitude a lieu dans la région lombaire; des nausées et des vomissements attestent, dans quelques cas, la part sympathique que prend, à cette maladie, l'appareil digestif. Le toucher rectal et vaginal sont utiles pour constater l'existence et la position de la tumeur, son volume, sa forme, sa sensibilité, sa dureté, sa fluctuation, et pour en assigner le véritable siége.

Comme l'ovarite est fréquemment une partie de la métrite, de la péritonite, ou de la métro-péritonite puerpérale, les symptômes de ces affections peuvent masquer à tel point ceux de la phlegmasie de l'ovaire, qu'il est fréquemment arrivé de ne découvrir celle-ci que sur le cadavre. Cependant, lorsque l'on rencontre en même temps un ou plusieurs des symptômes qui la caractérisent dans son état de simplicité, l'on sera en droit d'en soupçonner, d'en admettre même l'existence.

La marche et la durée de cette maladie varient beaucoup; généralement elle en continue et, lorsqu'elle se termine par résolution, sa durée est de un ou deux septénaires.

Ou bien l'oophorite se termine par résolution, ou bien elle se termine par suppuration; l'arrivée des règles, l'augmentation des lochies, la di-

(1) Page 546.

minution des symptômes locaux et généraux annoncent la résolution. Quand la suppuration survient, on la reconnaît aux alternatives de frisson et de chaleur qui incommodent la malade, à la souplesse du pouls, à la diminution des accidents généraux, à l'augmentation du sentiment de pesanteur et aux douleurs pulsatives qui se développent dans la partie affectée; le palper hypogastrique, le toucher rectal et vaginal peuvent aussi faire reconnaître, dans la tumeur, une mollesse élastique qui se rapproche de la fluctuation : quand la suppuration se manifeste, il se forme un abcès de la fosse iliaque ; et il est bien plus important pour la pratique de ne tenir compte que de cet abcès, en rangeant l'inflammation de l'ovaire parmi les causes des lésions de ce genre. Il est rare que le foyer s'ouvre dans la cavité péritonéale ; nous en avons cependant cité un exemple; dans cette circonstance s'il ne survient par de péritonite mortelle, la collection purulente occasionne une inflammation salutaire, suivie de l'établissement d'adhérences qui empêchent le pus de s'étendre, et permettent qu'il se dirige au dehors ou qu'il donne lieu à la formation d'une tumeur enkystée. Le plus souvent le foyer se dirige vers la région iliaque, vers la vessie, le vagin ou le canal instestinal, et le pus se fait jour à travers ces parties.

L'ovarite présente quelquefois des accidents de grangrène, mais elle passe bien plus souvent à l'état chronique, ainsi que nous en avons donné des exemples.

L'ovarite se distingue de la métrite, même partielle, par le siége de ses symptômes locaux, par le développement d'une tumeur séparée de la matrice, par la mobilité de cette tumeur, par le retrait de l'utérus (lorsque cet organe n'est pas lui-même malade) et la continuité de sa fonction lochiale. Elle diffère de la péritonite, même partielle, par les douleurs qui sont moins aiguës et permettent une pression graduelle portée très-loin; d'ailleurs les symptômes généraux de péritonite sont totalement différents de ceux de l'oophorite. Dans la métrite ou la péritonite, dans la métro-péritonite puerpérale, on ne peut guère que soupçonner l'oophorite par une douleur étendue davantage vers les fosses iliaques, se propageant vers les hypocondres, les lombes et les cuisses; peut-être, aussi, par un

peu plus de tuméfaction et de dureté vers les flancs que dans la métro-péritonite simple.

L'ovarite diffère de l'inflammation cœcale, propagée au tissu cellulaire ambiant et formant tumeur, par le siége plus élevé de celle-ci, par son immobilité, par les troubles qu'elle occasionne dans les fonctions intestinales, et les douleurs qu'elle détermine à la région lombaire correspondante.

L'ovarite se distingue des tumeurs iliaques, par l'intervalle souple qui existe entre la tumeur ovarienne et la fosse iliaque, par la mobilité de celle-ci.

Elle diffère de l'inflammation du tissu cellulaire situé dans le ligament large, par l'immobilité des tumeurs qui s'y développent, par leur siége plus profond que celle de l'ovaire, et, en même temps plus rapprochée des parois abdominales ; par leur forme plus souvent arrondie, leur volume plus considérable, leur terminaison par suppuration plus fréquente : dans ce cas, du reste, une erreur de diagnostic serait sans conséquence grave, car le traitement indiqué par l'une, convient à l'autre affection : d'ailleurs il est assez rare que l'une de ces parties soit enflammée sans que celles qui l'avoisinent ne participent plus ou moins au mal.

Le siége et la nature beaucoup plus aiguë de la douleur dans la cystite, l'état des urines et de la sécrétion urinaire, les résultats du cathétérisme et du palper hypogastrique, la fièvre et autres symptômes sympathiques suffiront toujours pour différencier une cystite d'une oophorite.

L'oophorite puerpérale peut, par elle-même, devenir fort grave et même mortelle, indépendamment de l'affection, souvent funeste, dont elle n'est fréquemment qu'une extension ou une complication. « On a vu l'ovarite amener la mort en trois ou quatre jours, dit Fabre (1). La terminaison de cette maladie par résolution est certainement la plus heureuse ; sa terminaison par suppuration n'est pas, non plus, tellement grave que l'on n'ait vu, dans un grand nombre de cas, ces abcès se terminer heureusement.

Le prognostic de l'ovarite aiguë dépend de l'étendue et de l'intensité de l'inflammation ; de sa simplicité ou de ses complications ; de sa forme aiguë

(1) Page 636.

ou chronique ; de sa terminaison, de sa durée, etc. Plus cette phlogose est intense et étendue, plus elle a de disposition à s'étendre aux organes voisins et à résister aux médications employées ; plus, aussi, elle aura de disposition à passer à l'état chronique ou par suppuration, plus le prognostic sera grave. Nous avons cité un cas d'ovarite mortelle ; les annales de l'art en ont enregistré plusieurs.

Si j'en juge par les cas d'oophorite qui se sont présentés à mon observation, cette phlegmasie se terminerait rarement par résolution ; plus souvent elle passe à l'état chronique, dure fort longtemps, peut donner lieu à des abcès, à des indurations, à des kystes, à des dégénérescences qui compromettent plus ou moins l'existence.

Selon Boivin et Dugès (1) l'ovaire peut-être le siége d'une exaltation, d'une turgescence comparable à celle de l'utérus ; alors il est tuméfié, gorgé de liquides et parcouru de vaisseaux capillaires injectés de sang ; le sang remplit aussi les vaisseaux qui s'y rendent ou qui en partent. Pareil état a été signalé durant la grossesse et pendant l'accouchement ; on ne peut douter qu'il n'y ait vraiment que des degrés de plus ou de moins entre ces congestions actives et l'état inflammatoire.

La violence de la phlegmasie dont l'ovaire a été le siége, se manifeste après la mort par diverses lésions. Boivin et Dugès distinguent quatre degrés dans les altérations qui sont le résultat de l'inflammation aiguë de l'ovaire : au premier degré, à peine augmenté de volume, surtout en longueur, il est un peu plus mou que dans l'état normal ; la substance en est ferme, rouge, injectée ; de nombreux capillaires la parcourent en tous sens, les vésicules sont plus grosses qu'à l'état normal. Deuxième degré : gonflement qui porte ses dimensions au double, au quadruple ; volume surpassant celui d'un œuf de poule, forme arrondie ou ovale, applatie ; mollesse, friabilité, infiltration sereuse de couleur jaunâtre, ou bien couleur violacée avec la même infiltration, parfois avec des petits épanchements de sang dans des points multipliés. Au troisième degré : du pus liquide ou concret est infiltré, déposé en petites collections dans cette masse ramollie ; elle

(1) Ouvrage cité.

est alors pâle et jaunâtre. Au quatrième degré : ramollissement, diffluence au centre; quelquefois même dissolution d'une partie de la surface ou de la totalité de l'ovaire, dont les débris entraînés par le pus se mêlent à l'épanchement péritonéal. Il est probable que c'est à ce genre d'altération qu'appartenait le cas de gangrène cité par Murat (1) d'après Bautzmann.

Souvent les deux ovaires sont atteints à la fois. En général ils sont d'un rouge plus ou moins brunâtre, d'une texture de même couleur et plus ou moins ramollis, offrant çà et là de petits foyers remplis de matière puriforme et purulente, que l'on rencontre aussi parfois dans les vésicules ovariques. Généralement la suppuration des ovaires précède celle de leurs lymphatiques et de leurs veines; il est cependant des cas où le contraire s'est rencontré, ce qui autorise à croire qu'alors la phlegmasie de ces vaisseaux était primitive. M. Negrier (2) a établi une nouvelle espèce d'ovarite, caractérisée par de petits foyers purulents, à loges assez régulières et semblables, pour qu'on puisse croire que ce kyste n'est autre chose qu'une vésicule enflammée et gonflée par le fluide morbide qu'elle a sécrétée sous cette influence.

Ces petites tumeurs contenant à peine quelques gouttes de liquide, forment le commencement de la série que parcourt le volume des abcès de l'ovaire, série dont les degrés suivants sont représentés par des collections de la grosseur du poing (Dugès), d'une tête d'enfant (3), d'une tête d'homme (4), et se termine par une énorme poche renfermant vingt pintes de pus, ainsi que M. le professeur Andral en cite un exemple (5). Le plus souvent uniloculaires, ces tumeurs peuvent se diviser en plusieurs compartiments. Le plus souvent les abcès de l'ovaire sont recouverts de fausses membranes et des désordres graves s'observent dans les organes environnants.

Quels qu'en soient l'origine et l'arrangement intérieur, arrivés à ce

(1) *Dict. des sciences méd.*, tome XXXIX, page 17. — (2) *Recherches anat. et phys. sur les ovaires dans l'espèce humaine.* — (3) PORTAL, *Anatomie médicale.* — (4) HALLER, *Disput. médic.*, tome IV, page 012. — (5) *Dict. de méd.*, consigné par M. Taylor dans *le North américan méd. and surgic. Journal*, 1826.

point, quelle peut-être la terminaison des tumeurs suppurées de l'ovaire? Est-il permis de compter sur la résorption du liquide qui les distend et sur la résolution de la phlegmasie qui siége dans leurs parois? Question difficile à résoudre et à laquelle jusqu'ici les faits ne répondent pas. Nous ne connaissons point de cas, dit Fabre (1), où un abcès ovarique bien constaté se soit ainsi terminé; à moins cependant qu'on ne veuille regarder ces dépôts de matière suifeuse ou caséeuse comme des résidus de collections purulentes dont les parties liquides auraient été enlevées par l'absorption. Quoi qu'il en soit de cette issue problématique, Dupuytren et Seymour, Negrier et Velpeau, ont vu le foyer se rompre dans le péritoine (2). Le plus souvent alors une péritonite sur-aiguë et fatale se déclare, ou quelquefois des adhérences salutaires circonscrivent et isolent l'épanchement qui reste à l'état de kyste ou arrive au dehors par diverses voies. Bien entendu que le plus ordinairement la tumeur ovarique contracte, sans rupture préalable, des adhérences directes avec les organes à travers lesquels elle doit verser à l'extérieur le liquide qu'elle contient. Il est difficile de trouver un point de la paroi abdominale, ou un viscère creux du voisinage, par où cette évacuation ne se soit pas faite. Tantôt c'est par la trompe (3), tantôt par le corps même de la matrice et définitivement par le vagin (4), d'autres fois c'est par la vessie que l'évacuation purulente s'opère : Murat en cite un exemple, communiqué à l'Académie de chirurgie en 1753. Andral a vu une pareille communication s'établir en trente-sept jours chez une nouvelle accouchée (5). Plus souvent encore, ainsi que l'ont observé, Dance, Husson et Cruveilhier, le pus se fraye une route directe par le vagin. Mais c'est le canal intestinal et surtout le rectum, qui, le plus communément, transmettent ce liquide au dehors. Les auteurs citent une foule d'exemples de cette terminaison : Dupuytren, Boivin et Dugès, Andral, Nauche et Montault (6) l'ont observée chacun plusieurs fois; nous en avons aussi cité des exemples.

(1) Ouvrage cité, page 655. — (2) *Répert. de méd.*, tome XXII, page 772. — (3) CHAMBON, *Traité des maladies des femmes et Mémoires de l'Académie des sciences, en* 1700, *Observ.* 5. — (4) BOIVIN, ouvrage cité, page 376, édit. de Paris. — (5) *Dict.* en 21 vol., tome XVI, page 85. — (6) *Journal hebdomad.*, 1831, tome I, page 413.

d'une forme plus ou moins arrondie, elle pourrait être facilement prise pour l'utérus développé et incliné à droite ou à gauche, mais le toucher vaginal et rectal feront éviter cette erreur. »

Si, après la mort, on examine ces ovaires, on trouve leur tissu rouge, gorgé de sang et friable. Dans quelques cas, du sang est épanché au milieu de ce tissu.

Soit que l'ovaire, irrité, ait été d'abord le siége d'une hypérémie active, appréciable pendant la vie, soit qu'aucun symptôme n'ait annoncé cette hypérémie, de nombreuses altérations de nutrition ou de sécrétion se forment souvent dans cet organe. Ainsi, en les étudiant de l'extérieur de l'ovaire vers son intérieur, on trouve d'abord sa membrane fibreuse tantôt hypertrophiée et constituant l'organe presque en totalité, tantôt transformée en tissu cartilagineux ou osseux.

Le parenchyme même de l'ovaire peut aussi s'hypertrophier, d'où résulte une augmentation plus ou moins notable de son volume et de sa densité. D'autres fois, au contraire, il s'atrophie : alors, à la place de l'ovaire on ne trouve plus qu'une petite masse cellulo-fibreuse qui se confond presque avec les tissus du ligament large.

« A la suite de l'ovarite, dit Martin Solon (1), on a vu survenir des indurations fibreuses, squirrheuses; des ramollissements encéphaloïdes, des tumeurs cartilagineuses ou osseuses, homogènes dans toute leur étendue, ou remplies d'hydatides ou de matière semblable à du plâtre, du miel, du fromage, etc. On y a vu survenir des kystes séreux, constituant une hydropisie qu'il n'est pas toujours facile de dintinguer de l'ascite. »

Nature de l'oophorite.

La fréquente existence de cette phlegmasie avec la métrite et la péritonite, ou avec la métro-péritonite, avec lesquelles elle semble souvent ne constituer qu'une seule et même affection; les cas nombreux où elle n'est que le résultat d'une extension de l'utérite ou de la péritonite, indiquent bien manifestement que sa nature est inflammatoire. L'état anatomique de

(1) *Dict. de méd. et de chir. prat.*, édition de Bruxelles, page 1566.

organes, et sa terminaison par suppuration, par induration, par gangrène ou par l'état chronique. Ainsi, la saignée du bras, plus ou moins forte et plus ou moins répétée, selon les circonstances individuelles et pathologiques; les sangsues en nombre variable et plus ou moins renouvelées et appo-sées *loco dolenti,* aux aînes ou à l'anus; des ventouses scarifiées appli-quées sur le siége de la douleur et préférablement à la région lombaire correspondante; des ventouses sèches à la partie interne et supérieure des cuisses pour soutenir l'écoulement lochial s'il fait mine de diminuer; des cataplasmes ou des fomentations émollientes sur l'abdomen, rendus narco-tiques si l'élément douloureux domine, ou si la femme est d'une complexion nerveuse; des onctions sur tout le ventre avec l'huile d'amande douce, seule ou unie à l'huile de pavot; des bains généraux simples ou rendus émollients; des lavements de même nature; la diète, le repos, des boissons douces.

Il faut respecter la perspiration cutanée si elle n'est pas disparue : si elle n'existe plus, il faut chercher à la faire reparaître par les moyens simples que nous avons fait connaître en parlant du traitement de la métrite.

Il faut aussi respecter, soutenir la sécrétion laiteuse par la succion fré-quente des mamelons, par l'application à ces corps érectiles, d'instruments propres à favoriser cette fonction, si la chose est nécessaire; l'application d'ouate sur les seins, en augmentant la chaleur locale, favorisera l'afflux du sang qui apporte à ces organes les matériaux du lait.

Il ne faut pas oublier d'avoir égard aux indications qui peuvent ressortir des causes de la maladie, et des dispositions particulières dans lesquelles celle-ci se trouve : lorsque la suppuration s'établit, nous verrons, en trai-tant de l'oophorite chronique, la conduite à tenir. Si cette phlegmasie de l'o-vaire se termine par gangrène ou ramollissement, et que l'influence de cette terminaison sur l'économie générale soit sensible, semblable à celle que nous avons dépeinte en décrivant la métrite, alors il faut abandonner le traite-ment antiphlogistique pour recourir à l'usage des toniques à l'intérieur et à l'extérieur, aux antiseptiques, aux vésicatoires et aux frictions camphrées.

Si l'oophorite est une des lésions de la fièvre puerpérale, pas plus que la métrite, etc., que l'on observe souvent dans le cours de cette pyrexie, elle ne réclame d'autre traitement que celui de cette fièvre.

aussi bien qu'une phlegmasie primitivement sub-aiguë, la formation d'abcès.

A la violence près, les causes sont à peu près identiques à celles de l'ovarite aiguë : l'excitation excessive de l'appareil générateur, le désordre de la menstruation, surtout à l'âge critique ; les accouchements, les avortements, et ensuite les autres causes générales des phlegmasies chroniques qui ne se rattachent pas directement aux fonctions de l'organe qu'elles atteignent ; le refroidissement brusque, la fatigue, le chagrin profond, une commotion morale vive, etc.

On attribue pour symptômes, à l'ovarite chronique, une douleur sourde avec tuméfaction plus ou moins considérable de l'un ou des deux ovaires. Les observations d'ovarite chronique, que nous avons rapportées plus haut, suppléeront aux détails d'une description que l'état de la science ne permet pas de compléter.

Une fois passée à la suppuration, l'ovarite essentiéllement chronique est très-difficile à distinguer d'un kyste liquide irrité ; les deux affections se ressemblent jusque dans leur terminaison. Tumeur dans l'hypogastre ou dans le bassin, douleur et sensibilité dans les mêmes régions, récrudescences avec frisson et fièvre, voilà leurs symptômes communs ; fluctuation plus évidente et plus uniforme ; volume plus considérable, douleur et sensibilité tardives, c'est ce qui distingue l'hydropisie ; fluctuation partielle dureté en divers points ; douleur et sensibilité dès le commencement d l'intumescence ; siége borné au bassin et à son pourtour, tels sont les caractères propres à l'ovarite chronique.

L'abcès de l'ovaire n'est quelquefois que le résultat d'une inflammati survenue dans un kyste stéatomateux, ainsi que je l'ai plusieurs observé dans des kystes de même espèce situés sous la peau ; il peut le résultat d'une hydroophorie dégénérée : et il y a tel cas où ces maladies n'en forment plus qu'une mixte, quel qu'ait été son caractèr mitif ; le kyste hydroophorique enflammé étant épaissi, son cc s'étant presque entièrement changé en pus, ou bien un abcès vérital tant accru peu à peu, et ayant transformé l'ovaire en kyste ; aussi, nous venons de le voir, la symptomatologie de l'une et l'autre :

du cadavre, chez une religieuse qui n'avait jamais été réglée (1). Cet écoulement s'opère quelquefois par l'urèthre; quelquefois la collection purulente s'est fait jour à travers les parois abdominales.

La suppuration des ovaires ne coïncide pas constamment avec un état d'hypérémie bien considérable. Loin de là, il est des cas où ce n'est que sourdement, sans tuméfaction appréciable de l'ovaire, et quelquefois même sans véritable douleur que l'ovaire se transforme peu à peu en une poche pleine de pus. En même temps qu'a lieu cette suppuration, la capsule fibreuse de l'ovaire peut s'altérer, se ramollir, se perforer enfin, et, si aucune adhérence n'a été antécédemment établie entre l'ovaire et les organes voisins, le pus, formé dans l'ovaire, se répand dans le péritoine. Si, au contraire, des adhérences existent entre l'ovaire d'une part, et l'utérus, le vagin, la vessie, ou une portion d'intestin d'autre part, les parois de ces différents organes s'altèrent simultanément ou consécutivement, elles s'ulcèrent de dehors en dedans, et l'abcès de l'ovaire s'ouvre enfin dans leur cavité.

Il est généralement grave, surtout quand la tumeur ovarique a pris un développement considérable. Il doit être relatif à l'étendue des désordres et même à leur nature; tel abcès, ayant réduit l'ovaire à l'état de kyste, pourra être guéri par une seule évacuation ou peu s'en faut; tel autre restera béant, du pus en sourdra sans cesse et des matières étrangères pourront s'y introduire, ou bien une fistule naturelle, mais étroite et longue, mettra le foyer à l'abri du contact de l'air : dans ce dernier cas, le mal pourra être longtemps stationnaire; dans le premier, des récrudescences fâcheuses pourront miner la malade et la mettre fréquemment en danger; mais c'est ce qui ne manquera pas d'arriver si l'abcès est accompagné de l'induration d'une portion considérable de l'organe; si, dans cet organe, restent encore des matières étrangères, des produits graisseux, osseux, pileux, dentaires (comme l'a observé M. le professeur Raikem) qui ne pourraient s'échapper par une large voie; si, enfin, l'oophorite est compliquée de quelques graves dégénérescences, de squirrhe ou de cancer mou.

(1) *Ac. sc.*, anno 1700, *Obs. V.*

Nature de l'oophorite chronique.

Comme nous l'avons dit et prouvé par des faits, l'ovarite aiguë se termine souvent par l'état chronique, qui, sans changer la nature de l'affection, change seulement de forme, de marche, de durée et de terminaison. Et, comme il existe entre l'oophorite chronique qui a succédé à la phlogose aiguë de l'ovaire, et l'oophorite chronique primitive, une analogie de symptômes, de terminaison et de lésions nécroscopiques, l'on doit considérer comme inflammatoire la nature de cette forme maladive.

Thérapeutique de l'ovarite chronique.

La nature inflammatoire de la maladie, son début à une époque peu éloignée de l'accouchement, réclament l'emploi de la médication antiphlogistique, tels que saignées générales et locales, ventouses scarifiées, bains généraux, fomentations émollientes, etc., si des contre-indications ne s'y opposent pas. Les récrudescences qui se manifestent pendant le cours de cette inflammation chronique, réclament momentanément la même médication que l'on proportionne aux forces, au tempérament, à la constitution, etc., de la malade.

Plus tard, et avant que la maladie n'ait fait de grands progrès, on peut encore attaquer l'induration de l'ovaire par des sangsues aux aînes, à l'anus, à la vulve, sur le siége même de la tumeur; par des ventouses scarifiées; c'est ensuite de cette médication antiphlogistique, portée aussi loin que le permettent les forces de l'individu, la manière dont elle est supportée et les effets qu'elle produit, que l'emploi des révulsifs produit des avantages réels. Le choix de ces moyens, aussi bien que l'endroit où on doit les appliquer, n'est pas chose indifférente. De prime abord, lorsque la maladie est encore à l'état sub-aigu, si l'écoulement lochial persiste, c'est aux jambes que le révulsif sera appliqué, ce sera un vésicatoire, un moxa, le caustique de Vienne ou un cautère : si, au contraire, les lochies sont disparues et qu'elles ne le soient pas prématurément, c'est aux bras que les révulsifs devront être appliqués ; nous avons, en cas pareils et avec succès, respecté les sages préceptes de Lisfranc qui, ayant reconnu par des faits

nombreux que ces agens thérapeutiques, appliqués autour du bassin ou aux extrémités inférieures, favorisaient la fluxion du système utérin et convenaient quand l'écoulement périodique ou lochial existait ou que, disparu, on cherchait à le faire revenir, étaient avantageusement remplacés, en d'autres circonstances, par leur application au-dessus de la moitié du tronc, tel qu'à l'un ou l'autre bras. C'est aussi d'après les raisons théoriques et pratiques de ce savant praticien que, lorsque dans le cours d'une ovarite chronique viennent à se manifester des fluxions actives et passagères de l'ovaire qui déterminent une récrudescence de l'état aigu, nous avons eu recours, lorsqu'il n'existait pas de contre-indication, à la saignée dérivative du bras, d'une à quatre onces. Nous avons plusieurs fois employé ce moyen avec beaucoup de succès.

Si, sous l'influence de ces moyens, aidés de bains généraux pris à longue distance, de lavements, d'émollients sur l'hypogastre, du repos, d'un régime doux, de boissons émollientes, et de médications particulières qui pourraient être indiquées par certaines complications ou d'autres circonstances, l'oophorite résiste, et que l'on ne rencontre pas dans les symptômes locaux et généraux de signes de suppuration, alors on peut tenter l'emploi d'exutoires autour du bassin, sur l'hypogastre, aux lombes et aux cuisses; l'emploi du caustique de Vienne sur la région lombaire correspondant au mal est celui qui nous a le mieux réussi, et qui nous semble mériter la préférence; en effet, son application et son entretien sont faciles, il est moins gênant et moins douloureux, il est plus rapproché de l'organe souffrant.

Si l'ovarite est indolente, et qu'il n'existe pas de contre-indication, en même temps que l'on fera usage des révulsifs, on pourra retirer aussi de grands avantages de l'emploi des médicaments dits fondants, des mercuriaux, de l'iode, de la ciguë, etc. L'iodure de potassium à l'intérieur, l'iodure de plomb en pommade, nous ont assez souvent réussi en circonstance semblable. On a préconisé les préparations mercurielles tant à l'intérieur qu'à l'extérieur; mais nous donnons la préférence aux préparations d'iode : 1° à cause des succès plus constants qu'elles ont produit; 2° à cause de la salivation qui résulte trop souvent de l'emploi des hydrargyriques.

puration. Ce que nous dirons ailleurs de la thérapeutique des phlegmons du bassin suites de couches pourra lui être appliqué.

Nous avons cité un cas d'affection nerveuse et intermittente de l'ovaire gauche ; mais, comme il n'est pas possible d'établir sur un seul fait la description pathologique d'une maladie, nous nous bornerons à renvoyer le lecteur tant pour l'étiologie, la symptomatologie, etc., de cette affection, que pour sa nature et son traitement, à la description historique que nous en avons donnée.

CHAPITRE QUATRIÈME.

PÉRITONITE PUERPÉRALE.

Douée de peu de sensibilité à l'état normal, pourvue de vaisseaux sanguins peu nombreux, la membrane péritonéale, comme toutes les séreuses, semblerait devoir être peu disposée aux maladies aiguës et inflammatoires, et cependant l'observation démontre que peu d'autres organes s'en montrent plus fréquemment atteints, et que c'est, pour ainsi dire, sa phlegmasie qui fait le danger principal des maladies puerpérales. On trouve l'explication de cette singularité apparente dans l'abondance des capillaires blancs dont elle est tissue, et qui ne sont autre chose que la suite des capillaires à sang rouge, dont ils peuvent prendre, sous l'influence d'une vive irritation, et l'apparence et les fonctions avec une sensibilité nouvelle.

On appelle péritonite aiguë l'inflammation à marche rapide qui a pour siége le péritoine ou le tissu qui le double, quelle que soit d'ailleurs la cause qui l'a produite.

On admet généralement cinq espèces de péritonite aiguë, savoir : 1° la péritonite simple ou spontanée ; 2° la péritonite traumatique ; 3° la péritonite par extension d'une autre inflammation ; 4° la péritonite par perforation ou rupture ; 5° la péritonite puerpérale. Nous allons nous occuper spécialement de celle-ci, il ne sera question des autres qu'autant qu'elles en seront une dépendance.

Nous devons faire remarquer ici la divergence d'opinions des auteurs sur la signification des mots péritonite puerpérale. Souvent on a compris sous cette dénomination la fièvre puerpérale, et, aujourd'hui encore, bien des autorités de premier mérite en négligent une description particulière pour la comprendre dans celle qu'ils donnent de la fièvre puerpérale : pour eux, péritonite puerpérale serait l'équivalent de fièvre puerpérale; ainsi Baudelocque (1) ayant considéré, comme synonyme de fièvre puerpérale, la phlegmasie du péritoine suite des couches, décrit ensemble ces deux affections et donne des faits cliniques relatifs à l'une et à l'autre maladie dans son Mémoire en réponse à la question suivante, proposée par la Société de médecine de Bordeaux : « Décrire la péritonite puerpérale, et déterminer par des faits cliniques les cas dans lesquels les diverses méthodes de traitement, préconisées dans cette maladie jusqu'à ce jour, trouvent leur application. » En couronnant ce Mémoire, cette Société savante a aussi reconnu et admis la même synonymie.

Valleix (2) dit : « Je n'accorderai qu'un paragraphe assez court à la péritonite puerpérale, attendu qu'il résulte des recherches récentes que cette péritonite ne peut pas être considérée comme constituant uniquement l'affection désignée sous le nom de fièvre puerpérale, et qu'il faudrait nécessairement dans l'article consacré plus tard à cette fièvre, revenir sur l'inflammation du péritoine comme faisant partie de la maladie générale. »

« Il n'est pas douteux, dit Dugès (3), que la grande majorité des cas désignés pas divers auteurs sous les noms de fièvre puerpérale, et surtout ceux appelés inflammation du bas-ventre, métastase des lochies ou du lait sur le bas-ventre, n'aient été de véritables péritonites. Aussi, chez les médecins modernes, le mot de péritonite puerpérale a-t-il presque complétement remplacé celui de fièvre puerpérale qui doit cependant comprendre toutes les autres affections fébriles et épidémiques, surtout celles dont les femmes en couches peuvent être atteintes. »

Pour la métrite comme pour la péritonite puerpérale, nous partageons

(1) *Traité de la péritonite puerpérale.* — (2) *Guide du méd. prat.*, édit. belge, art. *Péritonite*, page 137. — (3) *Dict. de méd. et de chir. prat.*, art. *Péritonite puerpérale.*

l'avis que ces maladies, qui se développent quelquefois isolément, sporadiquement, et qui alors offrent le tableau fidèle de leurs caractères distinctifs, exigent, pour être bien comprises et pour pouvoir bien apprécier la part qu'elles peuvent prendre dans une complication de phlegmasie à phlegmasie comme dans celle de phlegmasie avec une pyrexie, une description particulière. Mais si cette description de la péritonite puerpérale à l'état de simplicité est utile, nécessaire même à l'appréciation symptomatique, prognostique, nécroscopique et thérapeutique dans son union à la métrite, elle est bien autrement essentielle quant à la fièvre puerpérale. Ici, en effet, non-seulement elle offre les mêmes points d'utilité que quand elle est jointe à la phlegmasie utérine, mais encore, chose bien autrement importante et qui seule suffit pour qu'à l'avenir les autorités médicales en fassent une étude séparée, sa nature et ses indications thérapeutiques sont si différentes, que réunir son histoire à celle de la fièvre puerpérale c'est conserver, dans la nature et le traitement de ces deux affections, une confusion profonde, un cahos inextricable, où l'on rencontre les idées les plus disparates, où se mélangent les symptômes les plus variés, où s'entassent les médications les plus opposées. Dans un pareil dédale, comment le praticien ne resterait-il pas perdu, et quelle lumière pourrait-il employer pour sortir de ce labyrinthe? En traitant de la nature de la péritonite puerpérale, comme nous le ferons de celle de la fièvre du même nom, nous ferons ressortir les différences qui existent entre l'une et l'autre, différences qui fourniront la preuve évidente que leurs descriptions ne peuvent plus être confondues.

§ I^er^. *Clinique de la péritonite puerpérale.*

SEIZIÈME OBSERVATION. *Pierre péritonéale, devenue cause de péritonite pendant la grossesse.* — Madame D...., de C...., est âgée de quarante ans; elle est grande, bien constituée, bien réglée, ménagère aisée; depuis trois ans qu'elle était mariée, elle avait eu trois avortements, l'un à trois mois de gestation et deux entre le cinquième et le sixième mois. En 1842, devenue enceinte pour la quatrième fois, elle me consulta sur les moyens qu'elle devrait employer pour arriver à terme. Après l'avoir questionnée sur ses premières grossesses j'appris qu'elle portait au côté gauche de l'hypogastre une

y donner mes soins à une jeune femme, accouchée de son premier enfant depuis seize jours : elle était au lit, avait la figure plutôt pâle que rouge, le pouls accéléré sans être petit, la langue un peu blanchâtre et pointillée de rouge, peu d'appétit, peu de soif.

Elle me raconta que son accouchement a été naturel et facile, qu'après la délivrance ses lochies ont bien coulé et que la sécrétion laiteuse s'est bien établie. Le troisième jour des couches, ayant mis ses mains dans l'eau froide, elle fut prise de frisson et de fièvre avec douleurs abdominales situées surtout à gauche, suppression des lochies, diminution du lait. Traitement : régime doux, boissons idem, émollients sur le ventre, lavements de même nature.

Depuis lors, elle fut reprise, tous les deux jours vers la même heure, de frissons suivis de chaleur et d'un peu de sueurs ; pendant l'accès, les lochies sont suspendues, des douleurs se déclarent dans le ventre, surtout à gauche, et se passent ordinairement dans la nuit ; pendant l'apyrexie, l'abdomen n'est pas ou presque pas douloureux, il y a des lochies et augmentation de la sécrétion laiteuse. Les phénomènes concomittants de la fièvre tierce sont de plus en plus violents ; ainsi, hier qu'elle a eu son accès, elle a ressenti de très-vives douleurs dans le ventre, des nausées qui ont duré jusqu'aujourd'hui le matin, et ont été accompagnées d'une sensibilité extrême du ventre. Au moment de ma visite, ces douleurs sont disparues, et le ventre est déjà beaucoup moins sensible; il n'est pas gonflé; la matrice est rentrée dans l'excavation du bassin; je n'ai rencontré ni dans le bassin ni dans les fosses iliaques aucun indice de phlegmons. Je me suis dit que, pendant l'accès de fièvre, il se formait une congestion métro-péritonéale, que si on laissait persister ces accès, cette congestion, qui disparaît pendant l'apyrexie, pourrait bien, par la répétition, déterminer l'inflammation de ces organes, qu'ainsi il convenait de recourir au sulfate de quinine, dix grains pendant la durée de l'apyrexie en quatre fois; continuer le reste, c'est-à-dire, des boissons douces, un régime idem, des lavements émollients, des émollients sur le ventre; déjà on a appliqué dix sangsues à l'anus, on les réappliquerait s'il survenait encore de fortes douleurs ; on graissera le ventre, trois fois le jour, avec un gros chaque fois d'onguent mercuriel double.

Le 11, à la suite de l'administration du sulfate de quinine, les frissons et la fièvre ont disparu, mais il est survenu un dévoiement considérable, qui n'a cédé qu'aujourd'hui, et qui fut accompagné de coliques assez vives : elle a pris de la tisane à l'orge perlé et la décoction blanche de Sydenham. Elle a encore, malgré les moyens employés, éprouvé de très-vives douleurs, occupant tantôt l'un, tantôt l'autre côté de l'hypogastre, quelquefois l'une ou l'autre aine et semblent alors s'étendre jusqu'aux cuisses et à tout le ventre; ces douleurs, qui reviennent comme par accès plus ou moins fréquents et irréguliers, arrachent des gémissements, des plaintes, quelquefois même des cris à la malade, et se terminent assez brusquement: en autre temps que celui des accès le ventre offre peu de sensibilité, il est à peine développé; la matrice est bien rentrée dans l'ex-

cavation pelvienne; on ne sent aucune tumeur dans le ventre; on a réappliqué deux fois les sangsues *loco dolentissimo*. Il n'y a presque plus de lochies, la sécrétion laiteuse continue, le pouls est à peine fébrile, la langue un peu rouge, il y a peu de soif, peu d'appétit. Même traitement.

Les 12, 13, 14 et 15, elle a continué de ressentir des douleurs dans les endroits précités, offrant par moments des exacerbations prononcées. Depuis le 10 elle n'a plus eu de selle, on lui a mis deux suppositoires qu'elle a conservés; la langue est moins rouge et moins sèche; il y a moins de soif, plus d'appétit. Les lochies sont disparues; le lait est considérablement diminué; le pouls est à peu près naturel; de temps en temps, l'une ou l'autre des pommettes se colore; les urines sont assez abondantes et citrines; elle n'éprouve ni sueurs ni frissons; elle reste couchée en suppination sans pouvoir se mettre sur aucun côté; le ventre conserve un volume médiocre; les muscles des parois abdominales n'offrent aucune tension; la matrice n'est ni tuméfiée ni sensible; la pression abdominale révèle peu de douleur; il n'y a ni nausées ni vomissements; la figure n'est pas grippée; le palper ne découvre aucune tumeur abdominale; mais à l'hypocondre droit, près de la crête iliaque de ce côté, on rencontre un peu de résistance avec de l'engorgement, qui, à la vérité, est peu sensible à la pression. On continue sur cette dernière partie seulement les onctions mercurielles qui, jusqu'à cette heure, n'ont déterminé aucun symptôme de salivation; cette partie seulement sera recouverte d'émollients: tisane de chiendent et de réglisse; bouillon de veau, jus d'herbes; boullie de fécule ou à la fleur de froment; on tient chauds les seins, que l'on tire au moins deux fois en vingt-quatre heures; et, comme elle n'a pas eu de selle depuis cinq jours, elle prendra, le 16 au matin et à jeun, une cuillerée à bouche d'huile de ricin; elle en prendra une de six heures en six heures jusqu'à effet.

Le 18. Le 16, deux heures après avoir pris sa première cuillerée d'huile de ricin, elle a eu une selle abondante: le lendemain, sans cette huile, elle a encore eu une selle naturelle; depuis lors elle n'a presque plus souffert; le peu de douleurs qu'elle éprouve aujourd'hui, elle les rapporte vers l'aîne droite; l'engorgement, que l'on percevait près de la crête iliaque droite est diminué; l'appétit augmente, je fais aussi augmenter les aliments.

Le 23. Depuis le 18, le mieux a continué de faire des progrès; les selles sont devenues libres au moyen de lavements; la sécrétion laiteuse augmente; les lochies reparaissent en petite quantité et jaunâtre; mais elle se plaint encore d'un peu de douleur sourde au côté droit du ventre.

Le 29. Guérison.

Dans l'observation seizième, nous avons vu se développer une péritonite partielle très-aiguë vers le sixième mois de la gestation sous l'in-

fluence de froissement, d'irritation produite par une pierre péritonéale. Ici, la cause de la péritonite puerpérale n'est pas moins évidente ; cette phlegmasie, qui fut légère et presque toujours partielle, qui, dans son cours, a offert des paroxysmes irréguliers, a bien évidemment été la suite d'accès de fièvre intermittente, accès pendant lesquels se manifestaient d'abord des symptômes de congestion péritonéale momentanée, et qui, par leur répétition, ont donné lieu à la phlegmasie de la séreuse abdominale. Ce n'est pas la première fois que des accès de fièvre intermittente chez une nouvelle accouchée donnent lieu à de semblables effets ; les annales de la science en possèdent plusieurs exemples : il n'est pas difficile de s'expliquer ces résultats ; en effet, pendant le stade de froid, il y a reflux du sang et des humeurs de la périphérie vers le centre du corps, il y a concentration des propriétés vitales de l'enveloppe cutanée vers les parties internes ; cette concentration de la vitalité, ce reflux du sang vers les organes intérieurs, est bien prouvé par les signes d'irritation gastro-intestinale, par la gêne de la respiration et de la circulation, etc. Chez un individu qui n'est pas malade et chez qui il n'existe même pas de prédisposition morbide, les stades de chaleurs et de sueurs qui succèdent au frisson, en reportant vers la surface cutanée les propriétés vitales et les humeurs que le premier stade avait refoulé vers l'intérieur, font disparaître les effets produits par le froid, et, les sueurs terminées, tout rentre dans l'ordre normal, l'apyrexie est complète ; mais chez un individu atteint d'affection intérieure, comme chez une personne prédisposée à telle ou telle phlegmasie interne (par exemple, chez les nouvelles accouchées où l'extrême distension du péritoine, etc., dispose cette membrane à s'enflammer) les choses sont loin de se passer toujours ainsi. Les congestions intérieures, qui caractérisent le stade de frisson, tendent généralement à donner une marche ascensionnelle à la maladie quand maladie il y a, et favorisent le développement de phlegmasies aiguës dans les organes prédisposés. C'est ce qui est arrivé chez le sujet de l'observation dix-septième ; aussi croyons-nous que si le sulfate de quinine eut été administré plus tôt, la péritonite légère qui a eu lieu et qui aurait pu devenir très-forte, aurait peut-être été prévenue.

§ II. *Pathologie de la péritonite puerpérale.*

On a divisé les causes de la péritonite puerpérale 1° en causes prédisposantes; 2° en causes occasionnelles ou efficientes. Mais il est d'observation que la plupart de ces causes peuvent être prédisposantes et efficientes, ce qui rend difficile et expose à de nombreuses répétitions dans leur description. Aussi, à l'instar de Baudelocque, n'y attacherons-nous pas d'importance.

Les auteurs ont signalé, comme causes de la péritonite puerpérale 1° les changements que la grossesse apporte dans l'organisation; 2° le régime suivi par la femme durant ce temps; 3° diverses circonstances qui précèdent ou accompagnent le travail de l'enfantement; 4° l'usage ou l'excès, après l'accouchement, de certains aliments, de boissons excitantes, alcooliques; 5° la suppression des lochies, du lait, des sueurs; 6° la succion des mamelles; 7° la constipation; 8° la rétention des urines; 9° la rétention de l'arrière-faix en totalité ou en partie, de caillots de sang, des lochies; 10° les affections morales de toute espèce; 11° des violences extérieures ou intérieures; 12° l'âge, le tempérament; 13° le climat, les saisons, la température de l'air, son état de sécheresse ou d'humidité.

Changement que la grossesse apporte dans l'organisation.

Le changement apporté par la grossesse dans les humeurs de la femme, peut-il être pour quelque chose dans la production de la péritonite puerpérale? Je ne le pense pas, dit Baudelocque (1). Je ne partage nullement cet avis; plus loin j'en donnerai la raison.

Le même auteur (2) dit : « La pléthore sanguine a été rangée au nombre des causes de la péritonite; il ne faut cependant pas lui attribuer une influence bien grande, car la nature possède tant de moyens de la faire cesser pendant et après le travail de l'enfantement, qu'il est bien rare qu'elle occasionne des accidents. » Certainement la pléthore sanguine ne peut être considérée comme une composition du sang propre à favoriser le dévelop-

(1) Ouvrage cité, page 10. — (2) Page 11.

pement de la péritonite, pas plus que de toute autre phlegmasie; mais un tel état du sang n'est pas celui que l'on rencontre chez les nouvelles accouchées, où le flot de sang et les lochies sanguines, quelquefois des pertes plus ou moins abondantes, diminuent plus ou moins considérablement le chiffre des globules; mais ces moyens, qu'emploient la nature pendant et après le travail pour modifier la composition élémentaire du sang, enlèvent-ils à ce fluide l'influence qu'il peut avoir sur la production de la péritonite et autres phlegmasies puerpérales? Non sans doute; c'est même le contraire qui a lieu : en effet, l'on sait que la première modification produite sur la composition du sang par une hémorragie, porte sur les globules et consiste en une diminution plus ou moins grande de leur chiffre. Or, cette diminution de l'élément globulaire rend d'autant plus prédominant celui de la fibrine qui est déjà en excès; et comme c'est un chiffre élevé de la fibrine, soit d'une manière absolue, soit relativement aux globules, qui rend le sang phlogistique, qui fait que ce fluide prédispose l'économie à l'inflammation, il résulte que les pertes sanguines, qui accompagnent ou suivent le travail, tendent à augmenter cette prédisposition, et à favoriser l'action du fluide sanguin agissant comme cause prédisposante des phlegmasies puerpérales. Ainsi, l'état du sang chez les nouvelles accouchées doit être considéré comme cause prédisposante de la péritonite puerpérale; et les pertes plus ou moins abondantes qui accompagnent ou suivent le travail, comme des moyens propres à rendre cette cause plus puissante. D'après ce qui précède, on ne doit pas s'étonner de la fréquence de la péritonite puerpérale à la suite des métrorragies qui accompagnent ou suivent l'accouchement.

Hulme admettait que la compression produite par la matrice distendue par le produit de la conception, pouvait être cause de la péritonite puerpérale; il disait : « Aussitôt que le travail survient, la femme est en proie à des douleurs particulières qui reviennent par intervalles, et qui occasionnent des mouvements convulsifs tellement réitérés dans les muscles abdominaux et le diaphragme, qu'ils poussent l'enfant en bas dans le bassin, et procurent la délivrance. Par cette action douloureuse et laborieuse, le corps est très-échauffé, une fièvre momentanée s'élève, les

sa phlegmasie, toutes choses égales d'ailleurs, doit être plus grave qu'en d'autre temps, s'accompagner d'une exhalation plus considérable de sérosité. Ainsi la distension qu'éprouve le péritoine pendant la gestation; l'augmentation de sa vitalité, de ses divers éléments de tissu, la transformation d'une certaine quantité de ses vaisseaux blancs en vaisseaux rouges; sa perméabilité plus grande; sa circulation capillaire plus prononcée et plus active, disposent bien manifestement à la péritonite puerpérale. Cette prédisposition se trouve favorisée par la cessation de la compression qu'exerçait l'utérus gravide sur les viscères de l'abdomen; en effet, cette compression, qui gênait plus ou moins la circulation et modérait l'afflux du fluide sanguin, venant à cesser brusquement, il en résulte, comme à la suite de la paracenthèse, plus de liberté dans l'afflux du sang vers les organes du ventre, plus d'activité dans leur circulation capillaire, et, par conséquent, une disposition plus au moins prononcée à leur congestion et à leur inflammation.

Les grossesses pénibles, d'après les faits recueillis, ne semblent pas disposer plus à la péritonite que les grossesses les plus heureuses; mais il est une remarque qu'a faite Baudelocque (1), c'est qu'il survient souvent dans le premier jour des couches une inflammation du péritoine, lorsqu'une maladie chronique, latente ou non, existe en même temps que la grossesse. J'ai eu l'occasion de rencontrer assez souveut, pendant la gestation, des maladies chroniques variées, sans avoir jamais vu se développer, après la délivrance, de phlegmasie péritonéale.

« J'ai vu, dit Baudelocque (2), chez plusieurs femmes phthisiques, la péritonite survenir après l'accouchement, céder facilement à des émissions sanguines légères; la phthisie marchait alors avec rapidité, et ne tardait pas à amener la mort. »

Lorsqu'une maladie chronique a son siége dans l'utérus ou ses annexes, il arrive souvent qu'elle devient le point de départ de péritonites fort graves; c'est ce que l'on observe lorsqu'il existe une ou plusieurs tumeurs fibreuses, un engorgement de l'ovaire, des ligaments larges, etc. Ces

(1) Ouvrage cité, page 16. — (2) Page 19.

péritonites surviennent quelquefois pendant la grossesse, même en état de vacuité.

Quand il survient une maladie aiguë pendant la grossesse, il peut arriver que l'accouchement ait lieu et devienne, pour ainsi dire, une crise favorable; j'en ai vu un exemple pendant le règne d'une variole épidémique fort grave qui a ravagé C.... en 1829. Une femme jeune et fortement constituée, était au septième mois de gestation lorsqu'elle fut prise d'une variole confluente très-intense et qui, au cinquième jour de son existence, avait mis en grand danger les jours de la malade; le travail de l'accouchement vint à se déclarer, la délivrance s'effectua normalement et fut le signal d'une amélioration évidente qui a fait de rapides progrès. Dans le même temps j'eus occasion d'observer une autre femme, également jeune et forte, enceinte de huit mois et atteinte de l'épidémie régnante; la variole était confluente et très-intense; le travail de l'accouchement n'eut pas lieu, et, au septième jour de la maladie, cette affection se termina par la mort. Bien plus souvent il arrive que la maladie poursuit sa marche malgré l'accouchement ; on ne tarde pas alors à la voir se compliquer d'une péritonite qui rend presque inévitable une terminaison funeste.

Il est facile d'expliquer les rapports qu'il y a entre l'existence d'une maladie de l'utérus ou de ses annexes et le développement consécutif de la péritonite; la grossesse et l'accouchement, impriment aux maladies de ces organes une activité plus grande et la phlegmasie se propage au péritoine par contiguïté de tissu.

Travail de l'enfantement.

Delaroche, Doublet, Osiander, Hufeland ont cru remarquer qu'un accouchement prompt disposait plutôt à la péritonite puerpérale qu'un travail prolongé. Dugès, d'après le relevé des faits qui ont servi de base à son mémoire, admet le contraire. Baudelocque (1) croit que la péritonite peut avoir lieu après le travail le plus facile, le plus prompt, comme après celui qui s'est prolongé beaucoup; voici comment il raisonne son opinion :

(1) Ouvrage cité, page 31.

« Chez les accouchées qui, sans cause évidente, sont atteintes de péritonite, il existait déjà une prédisposition, un état particulier des solides et des liquides, encore inappréciable pour nos sens, mais suffisant pour influencer l'utérus, à l'instar de ce qui se passe dans les maladies, et rendre ainsi l'accouchement plus prompt. »

On conçoit facilement que des contractions prolongées et souvent répétées de l'utérus finissent par déterminer l'inflammation du péritoine; aussi, n'est-il pas très-rare, en pareils cas, que l'inflammation existe déjà au moment de l'expulsion du produit de la conception.

L'introduction de la main dans l'utérus, l'usage des instruments sont encore des causes dont on ne saurait contester l'influence. Ces causes auraient des résultats bien plus fréquents si, dans ces manœuvres, la main ou les instruments étaient en contact avec l'utérus, qui alors est en général protégé par les membranes de l'œuf.

La péritonite est surtout à craindre lorsque, pendant les manœuvres employées pour extraire l'enfant ou le délivre, il s'est opéré quelques déchirures au vagin ou à l'utérus.

Les manœuvres criminelles, les violences employées pour déterminer l'avortement ou hâter l'accouchement, doivent aussi être rangées au nombre des causes de la péritonite puerpérale. Il en est de même des coups, des chutes sur les parois de l'abdomen pendant la grossesse, le travail de l'enfantement et le temps des couches; j'y joindrai, dit Baudelocque, une compression très-forte des parois abdominales après la délivrance.

Toutes choses égales d'ailleurs, les femmes qui accouchent d'enfants putréfiés courent plus de danger que les autres; ce danger est proportionnel au degré de décomposition du fœtus.

Les grandes pertes de sang sont considérées, dans les hôpitaux, comme propres à favoriser le développement de la péritonite puerpérale; on peut s'en convaincre par la lecture de l'ouvrage de M^me^ Lachapelle. Le tamponnement du vagin, le travail forcé de l'utérus, l'emploi des réfrigérants et des astringents entrent certainement pour quelque chose dans le développement de la maladie. Cependant il est bien certain que, dans la pratique

particulière, la péritonite est beaucoup moins fréquente à la suite de la métrorragie que dans les hôpitaux, quoique les moyens mis en usage soient les mêmes. « Je crois, dit Baudelocque (1), que l'effet des grandes pertes de sang se borne à donner lieu à un affaiblissement qui rend les femmes plus impressionnables. Il existe, dans les hôpitaux, des causes de péritonite qu'on rencontre bien rarement ailleurs; ces causes, ayant beaucoup plus d'action chez un sujet affaibli, produisent la différence dont il est question. » Nous admettons ce raisonnement pour expliquer la différence dont il s'agit; mais nous croyons qu'outre le tamponnement du vagin, l'emploi des astringents et des réfrigérants comme cause de péritonite à la suite de métrorragie puerpérale, il existe une autre cause, peut-être plus puissante, qui consiste dans la modification élémentaire du sang produite par l'hémorragie. Nous étant expliqué plus haut sur ce sujet, nous n'y reviendrons pas ici.

Régime suivi pendant la grossesse, et surtout pendant et après l'accouchement.

Pendant la grossesse, c'est moins une nourriture abondante et succulente, que le manque d'aliments qui disposent à la maladie. Une alimentation de mauvaise qualité a surtout des effets pernicieux, lorsqu'il arrive que plusieurs jours de privation sont suivis d'orgies, dans lesquelles le vin, et particulièrement les liqueurs spiritueuses ne sont pas épargnées.

L'emploi des médicaments âcres, irritants, d'emménagogues, de drastiques violents, peut être cause de l'inflammation du péritoine; et, plus d'un avortement sollicité par de semblables moyens a été précédé ou suivi d'une péritonite mortelle.

Pendant le travail de l'enfantement, l'usage du vin, de l'eau-de-vie, des liqueurs, des excitants de toute espèce, a été quelquefois bien nuisible. Mais c'est lorsque ces boissons sont ingérées après la délivrance, qu'on les a vues produire la péritonite puerpérale.

L'indigestion d'aliments solides est surtout à craindre dans les premiers jours des couches et pendant la convalescence.

(1) Ouvrage cité, page 40.

La suspension brusque des lochies a plus d'une fois été cause de péritonite puerpérale; mais cette suppression est bien plus souvent le résultat que la cause de la maladie. Dans les chapitres précédents de notre travail, nous nous sommes expliqué longuement sur la valeur de cette cause de maladies puerpérales; nous n'en dirons pas davantage ici.

Suppression de la sécrétion du lait, métastase laiteuse.

La suppression de la sécrétion laiteuse a été considérée par les anciens, surtout par les médecins du commencement du XVIII[e] siècle, Willis, Puzos et autres, comme cause de la péritonite puerpérale. Ils croyaient que le lait, en cessant de se porter aux seins, refluait dans le torrent de la circulation, et se déposait dans la cavité du bas-ventre, où il déterminait promptement l'inflammation du mésentère, de l'épiploon, des intestins, etc. On pense bien que le traitement dut se ressentir de la théorie; c'est à cette époque que l'on vanta les médicaments anti-laiteux de toute espèce. Les faits ne tardèrent pas à se montrer contraires à cette manière de voir. On reconnut bientôt que la maladie pouvait se manifester avant le commencement de la sécrétion laiteuse, et même pendant la grossesse. Cependant les partisans des métastases laiteuses ne se tinrent point pour battus; ils avancèrent que le lait existait dans le sang dès le commencement de la gestation; qu'il servait déjà à la nourriture du fœtus; qu'après l'accouchement il se portait aux mamelles qui n'étaient en quelque sorte que des organes de transmission.

Généralement on a considéré l'allaitement comme un moyen puissant de révulsion de la péritonite puerpérale; cependant, dit Baudelocque, dans quelques cas, la lactation est bien évidemment cause de la maladie.

Nous nous sommes étendu assez longuement, en traitant de la sécrétion laiteuse et ailleurs, sur l'influence de celle-ci quant aux maladies puerpérales, et *vice versâ*, pour nous croire dégagé de la nécessité d'en parler davantage ici.

La constipation.

Elle est assez commune dans les péritonites sporadiques; mais il est difficile de décider si elle doit être regardée comme cause ou comme effet de l'inflammation du péritoine. En effet, il peut arriver que la péritonite, en diminuant les sécrétions bilaires, pancréatique et muqueuse intestinale, devienne cause de constipation; il peut arriver aussi que l'amas des matières fécales, en distendant les intestins, soit par leur volume seul, soit par les gaz qui ne tardent pas à se développer, donne lieu à l'inflammation du péritoine; les auteurs en citent des exemples. Cependant nous ferons remarquer que nous avons eu l'occasion de rencontrer bien des cas de constipation très-opiniâtre tant sur la fin de la grossesse que pendant l'état puerpéral, sans l'avoir vu donner lieu à la péritonite. Mais, s'il existait une maladie puerpérale, phlegmasique ou autre, souvent nous avons reconnu l'influence fâcheuse que la constipation produisait sur elles, ainsi que l'amendement qui résultait de l'administration de lavements ou de doux laxatifs, lorsque ces moyens parvenaient à la combattre. « Dans l'année 1821, dit Baudelocque (1), sur un grand nombre de femmes atteintes de péritonite puerpérale sporadique, j'ai remarqué que plus des 4/5 des malades n'avaient pas eu d'évacuations alvines depuis quatre ou cinq jours et plus. »

La rétention des urines.

Elle n'est pas rare à la suite des couches; elle est trop souvent méconnue, négligée, cause de douleurs vives à l'hypogastre qui, plus d'une fois, ont donné le change pour une métrite, qui détermine du malaise, de l'anxiété, de la fièvre, et qui apportent surtout beaucoup de trouble dans l'accomplissement des fonctions puerpérales; cet effet la rend cause prédisposante ou occasionnelle de bien des maladies de cette époque; mais elle expose surtout à la péritonite : 1° par l'extension de son inflammation au péritoine qui recouvre la vessie, et de là à toute l'étendue de cette membrane séreuse;

(1) Page 74.

2° par la rupture de la vessie et l'épanchement urinaire dans le péritoine, qui en détermine une phlegmasie promptement mortelle.

Rétention de l'arrière-faix en totalité ou en partie, de caillots plus ou moins nombreux, des lochies.

La putréfaction, dans l'utérus, d'une portion d'arrière-faix, peut-être cause de péritonite : « Nous avons vu naguère, dit Frank (1), une portion du placenta, retenu dans l'avortement, occasionner une tuméfaction et une douleur intense de l'abdomen, non pas à la région utérine, mais sous les fausses côtes gauches. L'expulsion du corps étranger dissipa en fort peu de temps tous les symptômes. »

Ruleau (2) a eu l'occasion d'observer les fâcheux effets de caillots de sang en putréfaction dans l'utérus. Delamotte (3) en rapporte un exemple remarquable.

Quelques autres ont cru que les matières retenues dans l'utérus pouvaient pénétrer dans la cavité du péritoine par la trompe de Fallope, et donner lieu à son inflammation. Ruysch rapporte qu'à l'ouverture de l'abdomen de deux femmes mortes à la suite de couches, il trouva dans la cavité du bassin une grande quantité de matières fétides, semblables à de la lavure de chair ou aux lochies corrompues.

Affections morales.

Les affections morales de toute espèce, l'ennui, la tristesse, le chagrin, le repentir, etc., ont quelquefois été cause de péritonite, mais plus rarement qu'on ne l'a cru.

Climats et saisons.

On ne possède aucune donnée exacte pour apprécier l'influence du climat sur la production de la péritonite puerpérale et autres maladies des femmes en couches, malgré l'opinion de Doublet qui prétend que les pays les plus froids sont ceux où les suites de couches sont les plus fâcheuses,

(1) Tome II, page 35. — (2) *Traité de l'opérat. césar.*, page 227. — (3) *Traité des accouchements*, page 1176.

et de Nolte qui assure qu'elles sont plus fréquentes dans les régions et les saisons chaudes. Cependant d'après les recherches statistiques de Delaroche, Tenon et Dugès, c'est pendant l'hiver et l'automne que s'observe la plus grande partie des inflammations du péritoine. L'action du froid a dû se présenter d'abord pour expliquer cette préférence. L'observation démontre en effet que, dans ces deux saisons, aussitôt que la température s'abaisse, le nombre des malades augmente.

Le séjour des accouchées dans des salles dont la température est basse doit être regardé comme cause prédisposante de maladies puerpérales, entre autres de péritonite; en raison de la facilité avec laquelle le corps se refroidit, les sueurs se suppriment, soit dans les mouvements nécessaires pour se mettre sur le bassin, soit pendant qu'on s'occupe des soins de propreté toujours si utiles dans le temps des couches. La péritonite sera encore plus à craindre s'il arrive que, par le défaut de surveillance ou autrement, les femmes descendent de leur lit, marchent les pieds nus sur le plancher (nous avons cité un exemple de ce genre); ou bien qu'après avoir mis de mauvais souliers elles se rendent, sans bas et à peine couvertes, au lieu d'aisance toujours plus froid que les chambres. On peut en dire autant de l'usage de boissons froides, de linges froids et humides.

Un refroidissement local, et notamment celui des parties de la génération pendant le travail de l'accouchement a été signalé par Ludwig et surtout par Frank comme pouvant donner lieu à la péritonite.

Il est une chose à remarquer, c'est qu'il ne faut pas, dans tous les cas, accuser le froid lorsqu'il se fait sentir : presque toujours la péritonite puerpérale s'annonce par un frisson, et si l'on n'y faisait attention, on courrait risque de prendre pour la cause de la maladie ce qui n'en est que le premier symptôme.

La péritonite puerpérale simple spontanée est très-rare. Cependant les auteurs rapportent quelques exemples de cette forme de phlegmasie : Logerais (1), en cite plusieurs. On doit aussi l'admettre par induction, car si l'on fait attention aux séreuses des autres parties du corps, surtout

(1) *Thèses*, Paris, 1810.

à la plèvre, on verra que sa phlegmasie spontanée n'est pas rare; on observe la même chose dans les membranes synoviales, etc.

Nous avons rapporté le cas d'une femme chez qui la péritonite puerpérale a succédé à des accès de fièvre intermittente; Andral en rapporte aussi un exemple dans sa *Clinique médicale,* t. IV.

Des violences extérieures, tels que coups, chutes, pressions peuvent donner lieu à la péritonite; mais elle est bien plus commune à la suite d'une rupture ou d'une plaie pénétrante.

Une inflammation peut s'étendre d'un des organes abdominaux, ou d'un des organes voisins de l'abdomen au péritoine. Le plus souvent c'est alors une péritonite partielle, comme on le voit dans les abcès du foie, dans ceux de la rate, dans ceux du tissu cellulaire pelvien, dans la métrite profonde. Dans ces cas, on voit l'inflammation occuper le péritoine qui recouvre ces organes, et le faire adhérer, au bout d'un certain temps, avec la séreuse qui tapisse la paroi de l'abdomen, ou les parois du bassin. En pareilles circonstances, les choses se passent comme dans les cas ordinaires de pleuropneumonie, où l'inflammation de la plèvre correspondante à la partie du poumon hépatisée, n'est que consécutive. Mais d'autres fois, surtout à la suite de couches, la péritonite qui prend naissance dans le point occupé par un organe enflammé, peut devenir générale, et alors cette affection est très-grave.

Dans le plus grand nombre des cas, la péritonite puerpérale a son point de départ dans l'inflammation de l'utérus; cependant on trouve des cas où le péritoine est enflammé sans que cette inflammation paraisse avoir sa source dans l'utérite.

Nous avons vu que l'introduction des lochies dans la cavité péritonéale, celle de l'urine par suite d'une rupture de la vessie distendue outre mesure par le liquide urinaire, donnaient lieu à des péritonites promptement mortelles; les perforations intestinales, la rupture de l'estomac, la perforation et la rupture de la vésicule et des canaux bilaires; celle des uretères; celles de l'utérus et des trompes; celle des phlegmons iliaques, en un mot, la perforation et les ruptures des divers organes creux de l'abdomen, ainsi que des abcès, etc., qui peuvent se développer dans

cette cavité, donnent lieu à l'inflammation la plus grave de la séreuse du ventre. Ce qui ressort de plus général de ces faits, c'est que toutes les fois qu'une cavité contenant un liquide se vide dans le péritoine, la péritonite générale survient, et que sa violence est d'autant plus grande, que le liquide est plus irritant. On a accusé les injections utérines d'être, par les trompes, parvenues quelquefois dans la cavité péritonéale, et avoir donné lieu à la péritonite.

Nous avons cité le cas d'une femme chez qui la présence d'une pierre péritonéale a été cause de péritonite pendant la gestation.

Symptomatologie.

Cette affection peut se déclarer pendant la grossesse (nous en avons cité un exemple); pendant le travail de l'enfantement (nous en avons rapporté un cas); immédiatement ou peu d'heures après la délivrance, au bout d'un, de deux, ou de plusieurs jours. Elle se manifeste le plus souvent du deuxième au cinquième jour des couches; elle peut survenir plus tard.

C'est ordinairement par un frisson que se déclare la maladie; ce frisson, tantôt léger, tantôt fort, est quelquefois partiel, quelquefois étendu à tout le corps. Il peut se répéter plusieurs fois et à plusieurs heures d'intervalles. Il manque rarement. Les femmes ressentent du malaise, de la courbature, de l'agitation, quelquefois de l'indifférence pour leur enfant. Ensuite il se manifeste une chaleur insolite, tantôt sèche et brûlante, tantôt accompagnée de sueurs; il y a de la céphalalgie, de la soif; le pouls prend de la fréquence; il est assez dur et plein pendant les premiers jours, excepté durant le temps du frisson. Un point sur lequel tous les auteurs sont d'accord, c'est la fréquence du pouls : qu'il soit fort ou faible, dur ou mou, il ne tarde pas à s'élever au delà de 100 pulsations par minute, et bientôt il va jusqu'à 110, 120, 130 et 140. Il n'acquiert ordinairement cette fréquence qu'au bout de deux ou trois jours.

Des douleurs de ventre se font sentir; d'abord bornées à l'hypogastre, à l'une ou à l'autre région inguinale, elles se propagent ensuite vers les reins qui, d'autres fois en sont le siége primitif; bientôt elles s'étendent dans la cavité abdominale qu'elles envahissent quelquefois totalement; ces

douleurs sont continues, accompagnées de redoublements plus ou moins fréquents, plus ou moins longs et plus ou moins forts, qui souvent arrachent des cris aigus aux malades : celles-ci ne peuvent rester couchées que sur le dos, le plus léger mouvement du corps, la pression la plus douce sur les parois du ventre, rappellent ces redoublements. Il est fort rare que ces douleurs n'existent point pendant une grande partie de la durée de la maladie; bien plus souvent elles se font sentir dès le début avec une violence très-grande, modifiée cependant par la sensibilité particulière à chaque personne : elles peuvent rester bornées à un ou plusieurs points de l'abdomen; lorsqu'elles s'étendent à la région du foie ou de l'estomac, il survient du hoquet, des vomissements bilieux, par fois une teinte ictérique générale, et une douleur s'irradiant vers le côté droit de la poitrine et l'épaule droite, ce qui pourrait faire croire à une phlegmasie du foie et de ses annexes. Il y a ordinairement un ou deux endroits vers lesquels la douleur se fait plus vivement sentir, soit pendant son redoublement, soit à la pression de la main, soit à l'occasion de quelques mouvements. Il arrive souvent que ces douleurs sont si violentes que le poids des couvertures et du drap même est insupportable.

Bientôt l'abdomen se gonfle; ce gonflement suit, en général, la marche des douleurs, occupe le même siége qu'elles, et s'accompagne de tension et de ballonnement. Ainsi il arrive quelquefois que l'abdomen est très-tendu, ballonné, douloureux à la pression vers l'une des régions iliaques, sans l'être du côté opposé, ou jusqu'à l'ombilic, sans qu'on observe rien de semblable au-dessus. Dans d'autres circonstances, toute l'étendue du ventre est le siége de douleurs, de gonflement, de tension; il présente par fois un volume aussi considérable qu'avant les couches. Ce gonflement survient quelquefois très-rapidement, d'autres fois lentement; souvent occasionné par la présence de gaz dans les intestins, fréquemment aussi le gonflement de l'abdomen est dû à une exhalation simultanée de gaz et de sérosité dans la cavité péritonéale. Le volume que le ventre acquiert dans la péritonite puerpérale est beaucoup plus considérable que dans les péritonites qui surviennent dans toute autre circonstance, ce qui tient à la plus grande laxité du péritoine et des parois abdominales, au peu de

résistance que ces parois opposent à l'expansion des gaz. Ce gonflement augmente beaucoup l'anxiété et l'agitation par la gêne qu'il apporte dans la respiration. Cette gêne existe bien au début de la péritonite en raison de la douleur qu'occasionnent l'abaissement du diaphragme et le mouvement imprimé aux viscères abdominaux par une grande inspiration; mais un long soupir apporte de temps à autre du soulagement, ce qui n'est plus possible quand le météorisme existe; il y a alors un obstacle physique insurmontable. Aussi le battement des veines jugulaires est-il plus continuel, plus fort. Souvent le hoquet, des vomissements se déclarent, et n'ont pas d'autre cause que la distension des parois abdominales, et, par suite, la compression des viscères qu'elles recouvrent.

Le pouls devient de plus en plus fréquent; la respiration s'accélère; des battements aux veines jugulaires annoncent la difficulté qu'éprouve le sang à traverser les poumons, difficulté occasionnée par le peu d'étendue de l'inspiration qui ne permet qu'un développement peu considérable des cellules et par suite des vaisseaux pulmonaires. La soif augmente, la langue d'abord molle, humide, nette ou couverte d'un enduit plus ou moins épais, est quelquefois assez large pour recevoir l'impression des dents.

Les traits expriment la souffrance, sont tirés en haut et portés vers le front, ce qui caractérise la face grippée. Chaque redoublement des douleurs rend plus prononcée cette altération des traits. Il existe assez souvent de la constipation; quelquefois cependant il y a de la diarrhée. Les lochies diminuent d'abondance, deviennent plus séreuses; d'autres fois elles éprouvent à peine un dérangement sensible dans leur cours; enfin, dans d'autres circonstances, elle se suppriment entièrement.

Si la sécrétion du lait n'est pas commencée, ordinairement elle n'a pas lieu; si elle l'était déjà peut-elle continuer, à se faire, mais peu abondamment; elle dure moins de temps que de coutume; les seins s'affaissent, se rident, se flétrissent. D'autres fois cette fonction est à peine dérangée. Les urines sont peu abondantes, foncées en couleur; leur émission est souvent accompagnée de cuisson, d'ardeur à la vulve, et presque toujours de douleurs dans l'hypogastre, ce qui s'explique facilement par le

dérangement qu'amène dans les parties enflammées l'affaissement brusque de la vessie; elles laissent déposer une matière blanchâtre, muqueuse.

Cependant les souffrances sont continuelles; il n'y a pas un instant de repos ni de sommeil. Au bout de peu de temps, on observe souvent une grande diminution dans la violence des douleurs; la malade accuse un bien-être qu'elle n'avait pas ressenti depuis l'invasion de la péritonite; mais le hoquet, des vomissements de matières jaunes d'abord, puis verdâtres, porracées, viennent la fatiguer de nouveau par leur fréquence; une sueur visqueuse, gluante, froide, innonde le front, la face et le haut du thorax; il y a par intervalle de l'absence dans les idées, un peu de délire; le nez, les extrémités des membres se refroidissent, prennent une couleur bleuâtre, livide; les traits sont de plus en plus décomposés; on sent à peine le pouls, dont la fréquence ne permet plus de compter les battements, et la vie s'éteint avant que la malade ait à peine perdu l'usage de ses facultés intellectuelles.

Lorsque la péritonite puerpérale entraîne la mort, elle ne se termine pas toujours d'une manière aussi prompte. Il peut arriver que la maladie reste bornée à une partie peu étendue du péritoine; alors, outre la localisation de quelques symptômes, ceux que nous avons exposés précédemment, sont moins intenses; après une durée variable de la maladie, il survient un peu d'amendement; la douleur est moins vive; la fièvre diminue; il y a moins de tension et de gonflement. Cependant la malade éprouve tous les jours, ordinairement le soir, un frisson léger, suivi d'un redoublement de fièvre qui dure plus ou moins de temps. Les forces diminuent; l'amaigrissement fait des progrès; il y a peu de sommeil; pas de véritable appétit; l'état du ventre reste le même; des vomissements ont lieu de temps en temps; une fièvre hectique, accompagnée de frissons, de sueurs et de diarrhée, conduit lentement la malade au tombeau. D'autres fois après un amendement de tous les symptômes, les accidents reparaissent, le ventre prend plus de volume, la fluctuation s'y prononce davantage, surtout vers un point quelconque; le plus souvent c'est l'ombilic qui rougit et s'ulcère; il s'y forme une ouverture par où s'écoule un liquide plus ou moins abondant. La suppuration qui s'établit, amène promp-

C'est à l'épaississement du péritoine, à l'obstruction des trompes, suite de l'inflammation, que Walter, d'après de nombreuses ouvertures de cadavre, attribue la stérilité chez les filles publiques.

La marche de la péritonite puerpérale est ordinairement continue; cette maladie s'accompagne souvent de rémissions et d'exacerbations très-marquées, à tel point que la maladie offre une marche rémittente.

La péritonite puerpérale n'existe pas toujours seule; il arrive, au contraire, fréquemment, surtout dans les hôpitaux, qu'elle est compliquée avec d'autres maladies.

De toutes les complications, la plus commune est la pleurésie; elle est grave et assez difficile à reconnaître. Cependant l'oppression, la fréquence du pouls sont plus grandes, les battements des veines jugulaires plus forts. Il existe ordinairement une douleur obtuse derrière le sternum, surtout inférieurement. Les douleurs abdominales se font surtout sentir vers la partie supérieure du ventre. « Le moindre mouvement, dit Baudelocque (1), occasionnant à la malade les douleurs les plus aiguës, il est presque impossible d'explorer convenablement la poitrine; aussi, l'auscultation et la percussion sont-elles en pareils cas d'un bien faible secours; le volume des mamelles le rend tout à fait nul. Il résulte de là que la complication est fréquemment méconnue, supposée lorsqu'elle n'existe pas, et que l'ouverture des cadavres a pu seule dévoiler la vérité. » Cette opinion nous semble exagérée, car l'on peut pratiquer la percussion dans une grande étendue de la poitrine sans occasionner de mouvement à la malade, et, partout où il sera possible de percuter, l'on pourra, si pas à l'oreille nue, au moins avec le stéthoscope pratiquer aussi l'auscultation; et, quand les douleurs de la péritonite ne seront pas trop violentes, avec méthode et précaution, on pourra placer et soutenir la malade sur son séant, et les mêmes recherches pourront se faire dans toute l'étendue du thorax, dans le dos comme ailleurs; de sorte que, pour peu qu'on ait l'habitude de l'auscultation et de la percussion, on parviendra presque toujours à reconnaître la complication pleurétique.

(1) Page 162.

La métrite est une complication fréquente de la péritonite puerpérale, soit qu'elle existe primitivement, soit qu'elle se déclare simultanément ou consécutivement. Plusieurs auteurs ont avancé que la maladie commence ordinairement par l'utérus et se propage ensuite au péritoine. Cette assertion est généralement vraie, mais il est vrai aussi et prouvé par des faits que, sur le cadavre, on a rencontré des traces évidentes de phlegmasie péritonéale, lorsque le tissu de la matrice était intact. Je dirai cependant que, quand le tissu de la matrice est enflammé, il est rare qu'il ne communique pas son état à la tunique péritonéale. La complication qui en résulte, amène peu de différence dans ses principaux symptômes : aussi est-elle quelquefois méconnue. Lorsqu'elle existe, les douleurs ont principalement leur siége dans les reins et vers la région hypogastrique, où l'on parvient quelquefois à découvrir une tumeur formée par le fond de l'utérus. Dans ce cas aussi l'écoulement lochial est supprimé ou remplacé par un liquide séreux, très-âcre, très-irritant, qui souvent détermine l'inflammation, la rougeur, l'excoriation de la vulve, du périnée, de la partie supérieure des cuisses. Si on pratique le toucher, on sent dans le vagin une chaleur brûlante, ainsi qu'au col de l'utérus, qui est quelquefois gonflé et douloureux à la pression. On peut facilement apprécier avec le doigt un volume et une dureté plus grande, soit dans toute l'étendue de la matrice, soit dans une partie seulement.

La putrescence de l'utérus vient aussi quelquefois compliquer la péritonite puerpérale. Il n'y a guère que la marche très-rapide de la maladie, l'apparition des symptômes les plus graves au début, qui puissent faire soupçonner cette complication toujours mortelle. Les douleurs ont souvent une violence extrême et occupent toute la cavité pelvienne; quelquefois elles sont sourdes, obtuses; enfin, on les a vues manquer entièrement. Au dire de Boër, le col de l'utérus est froid et donne au doigt une sensation semblable à celle que l'on éprouve en touchant le nez d'un chien bien portant.

L'inflammation du cerveau, des méninges, la péricardite, la pneumonie, le catarrhe pulmonaire, les angines pharyngienne, laryngée et trachéale peuvent se rencontrer avec la péritonite; ces deux dernières sont souvent mortelles en peu de jours.

Une autre complication, souvent observée dans la maison d'accouchement de Paris, c'est l'inflammation d'une ou de plusieurs membranes synoviales. C'est particulièrement dans les articulations du poignet et du genou qu'on rencontre du pus ; mais alors il est fréquemment le résultat de la phlébite utérine ; c'est pourquoi l'on rencontre par fois des signes évidents d'inflammation pendant la vie, tels que douleur augmentée par la pression et le mouvement, chaleur, gonflement, quelquefois rougeur. D'autres fois rien de semblable n'a existé, et cependant une ou plusieurs articulations se sont trouvées pleines de pus.

Le professeur Deneux a appelé l'attention sur une suppuration semblable que l'on rencontre quelquefois dans les symphyses pubiennes sacro-iliaques, et qu'il faut bien se garder de confondre avec le relâchement de ces mêmes parties.

La péritonite peut se compliquer de *phlegmatia alba dolens,* qui existe quelquefois simultanément avec elle. Il en est de même de l'entérite que la fréquence d'une diarrhée abondante pourrait faire croire très-commune, et qui ne s'observe cependant pas très-souvent.

La péritonite se complique quelquefois de cystite; alors les douleurs vésicales, la suppression des urines, puis leur simple rétention, leur peu d'abondance, leur coloration foncée, et l'odeur forte qu'elles exhalent sont les phénomènes d'après lesquels on reconnaît cette complication.

L'inflammation des veines, et spécialement des veines utérines, complique quelquefois la péritonite puerpérale. Le docteur Dance, qui a publié un travail sur la phlébite utérine, pense que, dans la complication dont il est ici question, la péritonite est plus souvent secondaire que primitive. « J'ai eu, dit Baudelocque (1), occasion de voir quelquefois l'inflammation des veines du bras se développer pendant le cours de la péritonite et amener la mort. Généralement cette plébite a suivi l'emploi de la saignée ; quelquefois, cependant, elle s'est manifestée sans cause traumatique locale; généralement elle ne s'est développée que pendant le cours d'une maladie grave, et lorsque celle-ci offrait son *summum* d'intensité. Deneux s'explique à cet

(1) Page 191.

égard, comme suit (1) : « Une saignée est faite, il n'y a point de thrombus, point d'irritation de la piqûre qui, quelquefois se cicatrise. La malade ne conserve aucune douleur; mais au bout de deux, trois, quatre ou cinq jours, il arrive dans l'endroit de la saignée des douleurs ordinairement très-vives, on découvre un gonflement léger qui explique difficilement la violence des douleurs. A peine déclarée, la tuméfaction fait des progrès très-rapides; parfois la douleur diminue à mesure que le gonflement s'étend; d'autres fois elle persiste à un degré très-fort; au bout de deux jours, quelquefois plutôt, la teinte brunâtre du bras, son empâtement, les phlictènes qui s'y développent, annoncent une gangrène qui ne tarde pas à être mortelle. Aucun des cas observés par Deneux ne s'est déclaré dans aucune autre maladie que dans une affection grave; jamais au début, mais toujours lorsque cette maladie était arrivée à une certaine période, lorsqu'elle avait amené dans l'organisation une altération profonde, que déjà on avait regardée comme au-dessus des ressources de l'art. »

« Les circonstances dans lesquelles cette inflammation se développe, sa marche et sa terminaison, nous paraissent établir la plus grande ressemblance entre elles et les gangrènes qui surviennent assez fréquemment dans les fièvres graves, appelées fièvres de prison, fièvre d'hôpital, dans les typhus. Une particularité qui semble confirmer cette opinion, c'est que la piqûre n'est même pas nécessaire pour que l'accident ait lieu; et dans un fait qui s'est passé cette année dans les infirmeries, non-seulement le bras sur lequel on avait pratiqué la saignée a été affecté, mais encore la cuisse du même côté, sur laquelle il n'y avait aucune solution de continuité; et au moment, où la malade a succombé, la cuisse du côté opposé commençait à être attaquée. Dans ce dernier fait, aucune des veines du bras n'était enflammée; la maladie avait son siége dans le tissu lamineux sous-cutané qui se trouvait infiltré d'une grande quantité de liquide séro-purulent, rougeâtre, d'une odeur désagréable. Le tissu lamineux de la cuisse et les ganglions des deux aînes présentaient la même altération. »

« *Non ex uno signo, sed concursu omnium.* » Le diagnostic de la péri-

(1) BAUDELOCQUE, ouvrage cité, page 197.

tonite puerpérale, ordinairement facile, présente quelquefois de très-grandes difficultés et réclame toute la sagacité du praticien. Il faut considérer avec soin les circonstances qui ont précédé, accompagné ou suivi l'invasion de la maladie, et accorder surtout la plus grande attention à l'état du ventre, aux douleurs dont il est le siége, à l'état du pouls et à l'aspect de la face.

Un ventre souvent plus ou moins tuméfié, rénitent, donnant un son clair à la percussion, très-douloureux, fort sensible à la pression, au point que souvent le poids des couvertures est insupportable; un pouls petit, fréquent; cette fréquence, accompagnée d'une chaleur prononcée de la peau, étant permanente, allant toujours en augmentant; l'altération particulière des traits, la face grippée, qui est, dans quelques cas, le symptôme le plus tranché de la phlegmasie du péritoine, constituent les vrais caractères de la maladie; mais ils ne suffisent pas toujours pour faire prononcer qu'il y a péritonite; il faut encore que ces phénomènes présentent certains caractères que nous avons fait connaître.

Une tuméfaction légère du ventre avec rénitence, un son clair par la percussion n'indiquent pas nécessairement une inflammation du péritoine; car la sonorité, l'augmentation de volume peuvent être dus à la présence de gaz dans les intestins. L'utérus distendu par du sang, incomplétement revenu sur lui-même, donne aussi au ventre un volume plus considérable que celui qu'il doit avoir; mais ici la main circonscrit le globe utérin et en fait connaître le volume, la percussion donne un son mat, et les symptômes généraux sont bien différents.

Les douleurs du bas-ventre, la sensibilité à la pression peuvent se rencontrer avec l'augmentation de son volume, avec sa rénitence, sans qu'il y ait péritonite, comme, par exemple, dans les tranchées utérines; mais en pareils cas, les douleurs ne sont pas continuelles; elles ne reviennent que par intervalles plus ou moins rapprochés, ressemblent aux douleurs de l'enfantement, sont poussantes; elles sont accompagnées ou immédiatement suivies de la sortie de sang liquide ou coagulé. Pendant que ces douleurs existent, la pression les augmente, le ventre est dur, et une main exercée reconnaît aisément le fond de la matrice et les contractions dont cet organe est le siége. Dans l'intervalle de ces douleurs, la femme ne conserve que

quelques maux de reins, et elle peut facilement, sans aucune souffrance, se remuer, changer de position. Pendant les tranchées utérines le pouls s'accélère, mais immédiatement après il devient calme.

L'absence de douleurs abdominales, de gonflement du ventre, de sensibilité à la pression, ne suffit pas toujours pour déclarer qu'il n'y a pas péritonite. Ces symptômes ont quelquefois manqué, bien que cette phlegmasie existât réellement. L'état du pouls est encore d'un grand secours, sinon pour donner la certitude de l'existence de la phlegmasie, au moins pour en donner l'éveil. C'est dans un cas pareil que peut-être on pourrait observer le bruit de frottement en appliquant la main sur l'abdomen et en auscultant cette cavité, comme l'a fait et reconnu le professeur Beatty (1).

L'époque de l'apparition des accidents, la manière dont ils se sont annoncés, succédés, joints aux symptômes que nous avons énumérés plus haut, seront d'un grand secours pour lever toute incertitude; et il importe de n'en pas avoir, soit pour ne pas perdre un temps toujours si précieux quand l'inflammation existe, soit pour s'abstenir de moyens qui pourraient être très-nuisibles si cette inflammation n'existait pas.

L'altération de l'écoulement lochial et de la sécrétion laiteuse n'étant pas plus particulière à la péritonite qu'à toute autre maladie aiguë puerpérale, ne peut aider le diagnostic.

Il est plusieurs maladies qui peuvent être confondues avec la péritonite; telles sont la métrite, l'ovarite, la cystite, la néphrite, l'hépatite, la gastrite, l'entérite, une accumulation de matières fécales dans les intestins, le rhumatisme des parois abdominales, l'inflammation phlegmoneuse de ces mêmes parois, certaines coliques nerveuses, la pleurésie, la péricardite.

1° *La métrite.* Elle est souvent fort difficile à distinguer de la péritonite, surtout quand l'inflammation n'attaque qu'une partie de l'utérus. Il faut alors bien se rappeler que les douleurs de la métrite sont beaucoup moins vives, moins aiguës que celles de la péritonite; leur siége est moins étendu; elles sont bornées à la région qu'occupe la matrice, qui forme souvent dans

(1) *Dublin Journal*, n° 16. Traduit par la rédaction des *Archives génér. de méd.*, tome VI, deuxième série, page 451.

l'hypogastre un globe volumineux que la main distingue facilement, et qu'il faut bien se garder de confondre avec la vessie distendue par de l'urine. La pression du ventre, les mouvements de la malade sont beaucoup moins douloureux dans la métrite, où la face n'est pas grippée. La suppression totale des lochies accompagne bien plus souvent la métrite que la péritonite lorsque cette suppression n'a pas lieu, les lochies ont une odeur très-fétide, une couleur roussâtre, sont quelquefois sanieuses, collantes, et donnent au linge une raideur semblable à celle qui provient de l'empois. L'introduction du doigt dans le vagin, en confirmant le volume plus considérable de l'utérus, fait reconnaître une chaleur brûlante de son col, même lorsque l'inflammation ne s'étend pas au delà du corps et du fond. Quand il n'y a d'enflammées que les veines utérines, la douleur est plus profonde, moins vive; elle a principalement son siége dans les régions inguinales; quelquefois elle est tout à fait nulle; il n'y a d'ailleurs pas de gonflement, de tension de l'abdomen; la face n'est pas grippée, et des symptômes d'infection purulente ne tardent pas à se manifester. Chaussier avait cru trouver un moyen presque infaillible de distinguer la métrite de la péritonite dans la manière dont un cataplasme de farine de lin, appliqué sur le ventre, se comporte lorsqu'on le retire. S'il y a péritonite, le cataplasme doit s'enlever avec facilité; les parois abdominales s'en détachent en quelque sorte, et se rétractent avec force; mais, comme l'observe fort bien Baudelocque (1), ces résultats sont bien plus inhérents à ce cataplasme lui-même, à son mode de préparation, à sa consistance, à l'épaisseur qu'on lui donne, au temps pendant lequel il séjourne, que dépendants de la maladie pour laquelle il a été employé.

2° *Oophorite.* L'inflammation des ovaires existe rarement seule; presque toujours il y a en même temps péritonite ou métrite; quand un ovaire seul est malade, le siége de la douleur, son peu d'étendue, le défaut de tension et de ballonnement du ventre, la fréquence moins grande du pouls, feront reconnaître la maladie. Il est quelquefois possible de reconnaître à travers la paroi abdominale la tumeur formée par l'organe malade. Dans les cas de

(1) Page 206.

double ovarite, il y a presque toujours un côté beaucoup plus enflammé que l'autre, de sorte que les symptômes restent les mêmes. L'ovaire le plus malade fixe seul l'attention.

3° *Cystite.* Elle pourrait en imposer d'autant plus facilement, que dans l'une ou l'autre affection, il y a du trouble dans l'excrétion des urines, surtout quand la péritonite occupe la partie inférieure de l'abdomen. Mais dans la cystite, les urines sont moins abondantes, plus épaisses, plus foncées en couleur, laissent déposer plus de matière blanchâtre. Les envies d'uriner sont plus fréquentes, la strangurie, la dysurie plus prononcées, ainsi que l'ischurie. Le mode d'invasion de la maladie, les circonstances commémoratives, la rareté de la cystite comparée à la fréquence de la péritonite, seront d'un grand secours pour éviter l'erreur. Il en sera de même du siége et de la limite de la douleur, de son exaspération moins grande par la pression et les mouvements dans la cystite, en même temps qu'elle est plus violente lors de l'excrétion des urines qui s'accompagne toujours d'une cuisson et d'une ardeur beaucoup plus grandes, ainsi que l'envie de pousser très-anxieuse.

Une simple rétention d'urine peut, au premier abord, en imposer pour une inflammation du péritoine. La distension de la vessie augmente le volume et la tension du ventre, rend sa partie inférieure le siége de douleurs qui se répètent quelquefois avec violence à des intervalles plus ou moins rapprochés, qui s'exaspèrent par la pression de la main et les mouvements du corps, qui se propagent dans les reins et dans le reste de la cavité abdominale; mais en sachant que l'excrétion de l'urine n'a pas lieu ou qu'elle se fait par regorgement, que la vessie forme tumeur pyriforme à l'hypogastre, on emploie, pour lever tous les doutes, le cathétérisme qui achève de mettre à jour le véritable état des choses.

4° *Néphrite.* Elle peut encore être mise au nombre des maladies qu'il est quelquefois difficile de distinguer de la péritonite, surtout d'une péritonite partielle. Le siége de la douleur, sa situation profonde, sa coïncidence avec un dérangement dans le cours des urines, son peu d'exaspération par la pression en avant et sur les côtés, tandis que le contraire a lieu quand on appuie en arrière; l'extension de cette douleur le long des uretères,

quelquefois le long de la cuisse; voilà autant de circonstances qui mettront sur la voie de la néphrite.

5° *Hépatite.* Elle ne peut guère induire en erreur que dans les cas de péritonite partielle, de péritonite bornée à l'hypocondre droit ou à l'épigastre. Il est bien rare que la péritonite puerpérale débute par ces régions; le plus ordinairement le péritoine qui les tapisse, n'est enflammé que par l'extension de la péritonite plus ou moins de temps après son invasion. La teinte ictérique de la peau, les vomissements bilieux, les déjections blanchâtres, la douleur, tous ces phénomènes sont communs à l'inflammation de la tunique péritonéale du foie et de son tissu propre. Mais dans l'hépatite, la douleur reste bornée au foie, tandis que dans la péritonite elle se propage plus ou moins dans l'abdomen; dans le premier cas, elle est plus profonde, moins vive surtout à la pression; la face grippée n'appartient plus à l'hépatite.

6° *Gastrite et entérite.* Elles se distingueront de la péritonite par la différence que présentent les douleurs dans leur intensité, leur nature, leur siége, par l'apparition et la succession des symptômes, par l'aspect de la face, de la langue, l'état du pouls et du ventre.

7° *Amas de matières fécales.* Un amas considérable dans les intestins de matières fécales endurcies en a imposé plusieurs fois pour une péritonite, lorsqu'il s'est rencontré avec des douleurs utérines. Presque toujours alors en examinant avec attention on parvient à découvrir une tumeur de forme et de volume plus ou moins irréguliers, ordinairement très-dure, légèrement sensible à la pression, et se trouvant le point de départ de douleurs qui se propagent par intervalles dans l'abdomen. L'existence d'une constipation ancienne, opiniâtre, habituelle, l'absence de la fièvre concourront beaucoup à éclairer le diagnostic.

8° *Rhumatisme* de la paroi antérieure de l'abdomen. Cette affection, que j'ai plusieurs fois rencontrée hors l'état puerpéral, simule assez bien une péritonite par la douleur, la sensibilité à la pression et au mouvement, la gêne qu'elle occasionne dans la respiration; elle en diffère cependant beaucoup et par sa marche et par l'influence qu'elle reçoit des variations atmosphériques, et par l'état de la face et du pouls, par l'absence de gon-

flement et de ballonnement du ventre, surtout par le siége superficiel de la douleur et de la sensibilité, ainsi que par la contraction spasmodique des muscles abdominaux au plus léger contact. Une différence également importante consiste dans la disparition de la douleur quand on augmente graduellement et que l'on continue quelque temps la pression.

9° *Abcès.* Il peut se former sous le péritoine, dans les régions iliaques et rénales, des abcès phlegmoneux qui, dès leur origine, rendent le diagnostic difficile, surtout quant aux péritonites partielles. Mais, au bout de peu de temps, la formation d'une tumeur plus ou moins considérable, que l'on peut circonscrire, les symptômes locaux et généraux établissent avec la péritonite une différence sensible.

Le diagnostic est encore difficile lorsque des abcès viennent à se développer dans l'épaisseur de la paroi antérieure de l'abdomen et en occupent toute l'étendue. Mais ces abcès sont rares, et dans l'état de couches, ils appartiennent à la phlegmasie de la séreuse qui tapisse cette paroi. Il est possible aussi qu'on ait pris souvent pour tels des collections purulentes de la cavité du péritoine, isolées, enkystées par de fausses membranes adhérentes.

Les abcès qui ont lieu dans les articulations du bassin, et surtout dans la symphyse pubienne, peuvent en imposer et faire croire à une phlegmasie du péritoine.

10° *Colique nerveuse.* Il existe une espèce de colique nerveuse qui peut facilement induire en erreur au premier abord, si l'on n'apporte le plus grand soin dans l'examen de la malade. Cette colique peut se développer tout à coup, s'accompagner de nausées, de vomissements, d'accélération du pouls; mais elle ne débute pas par un frisson. Une pression très-douce diminue la douleur au lieu de l'augmenter. Cette douleur présente beaucoup plus de variations que celle de la péritonite. Les exacerbations sont d'une violence extrême, altèrent la physionomie, précipitent le battement des artères et engagent la malade de changer à chaque instant d'attitude, de position, ce qui ne saurait avoir lieu dans la péritonite. Ici les urines sont toujours épaisses et rares, là elles sont claires et abondantes.

11° *Pleurésie et péricardite.* Lorsque la pleurésie existe seule, elle peut facilement être confondue avec l'inflammation de la partie supérieure du

péritoine, et *vice versâ*. En effet, pendant la grossesse, le péritoine peut être refoulé jusqu'à la hauteur de la quatrième vraie côte; il ne reprend pas sa position ordinaire immédiatement après l'accouchement. S'il arrive qu'il s'enflamme dans la partie refoulée, le siége de la douleur se trouvant derrière les côtes, fera naître l'idée d'une pleurésie, éloignera celle d'une péritonite. D'une autre part, une pleurésie peut être accompagnée d'un épanchement abondant qui distende rapidement la plèvre, la fasse descendre au niveau du rebord des fausses côtes; la douleur existant en cet endroit fera croire à une péritonite.

Dans la pleurésie, les nausées et les vomissements sont rares; ces accidents sont fréquents dans l'inflammation de la partie supérieure du péritoine. Dans la pleurésie il y a presque toujours de la toux, la respiration est plus gênée, les mouvements du tronc sont moins douloureux; de sorte qu'il est plus facile d'explorer la poitrine à l'aide de la percussion et de l'auscultation. Il est rare que, dans la péritonite, la sensibilité à la pression n'existe pas au-dessous du rebord cartilagineux des côtes; il y a ordinairement ballonnement du ventre. L'altération des traits mérite aussi considération.

C'est aussi en raison du refoulement du péritoine dans le thorax qu'on peut confondre son inflammation avec la péricardite. La douleur de la péritonite peut avoir son siége tout à fait dans l'endroit où existe ordinairement la douleur de la péricardite. Le cœur se trouve déplacé et situé beaucoup plus haut qu'il ne doit être. Si la péritonite est très-intense, a une marche très-rapide, s'accompagne d'accidents graves, on pourra croire à une péricardite et se méprendre si on n'y fait la plus grande attention. Il n'y a guère que l'exploration des battements du cœur, la considération de leur siége, de leur étendue, qui puissent fournir des données capables de faire découvrir la vérité.

Prognostic.

La péritonite puerpérale est une maladie très-grave; mais cette gravité est loin d'être toujours la même selon qu'on considère cette affection comme représentant la fièvre puerpérale, ou comme une maladie à part. Nous avons motivé ailleurs la distinction que nous avons faite de ces deux affections,

nous n'y reviendrons plus ; nous dirons seulement que la différence qui existe entre elles tant sous le rapport étiologique que symptomatologique, etc., n'est pas moins prononcée quant au prognostic. En effet, tandis que la fièvre puerpérale, épidémique surtout, est regardée comme aussi meurtrière que le choléra, le typhus, etc., la péritonite puerpérale, surtout sporadique est loin d'offrir un pareil danger. « Ainsi, dit Baudelocque (1), dans l'année 1821 il s'est fait à la Maternité de Paris 2,374 accouchements ; 51 femmes sont mortes ; sur 27 péritonites, observées au mois de janvier, 21 furent guéries ; en février il y en eut 26, et 21 furent également guéries. Des résultats encore plus avantageux eurent lieu pendant le reste de l'année ; tandis que pendant les années précédentes et celles qui suivirent, la maladie y fut beaucoup plus fréquente et les guérisons devinrent très-rares. »

La péritonite puerpérale, comme toutes les maladies, est beaucoup moins grave quand elle est sporadique que quand elle est épidémique ; dans ce dernier cas, elle n'est généralement que l'élément d'une autre maladie, de la fièvre puerpérale, dont il sera question plus loin.

Généralement elle est moins grave quand elle est due à une cause externe ; cependant, il est, sous ce rapport, une différence importante à faire ; ainsi celles qui sont dues à une solution de continuité du péritoine, à la présence, sur cette membrane, d'un corps étranger ; en un mot, celles qui succèdent à la rupture de l'utérus, à l'opération césarienne, à la gastrotomie, sont infiniment plus graves que d'autres.

Les causes de la péritonite, la marche de la maladie, ses symptômes, ont une grande influence sur le prognostic. Ainsi, il est d'autant plus fâcheux, que la maladie se développera plutôt après l'accouchement, que les symptômes de la maladie se manifesteront et se succéderont avec plus de rapidité. Quand la péritonite commence immédiatement après la délivrance, elle est communément très-grave.

Suivant Vogel (2) c'est l'état du bas-ventre qui décide de la vie ou de la mort de la malade ; il s'exprime comme suit : « *Abdomen procul dubio meditullium est a quo vita vel mors pendent. Quo magis hoc patitur,*

(1) Page 234. — (2) *Manuale prax. med.*, § 250, page 361.

quo violentiùs, pertinaciù, dolorosiùsque expansum est, eo periculum circumstantiis cæteroquin subiisdem, prouti symptomata hæc disparent, decresceus, majus erit. » Suivant Hulme et Delaroche, c'est l'état du pouls qui fournit les signes les plus certains pour le prognostic. S'il est petit, faible, très-accéléré, c'est un mauvais signe; si, au contraire, après avoir été tel, il devient plus large, moins fréquent, c'est d'un bon augure. Le battement du pouls est un symptôme si caractéristique, dit Alphonse Leroy (1), que, quoique tous les accidents alarmants diminuent, si les pulsations ne diminuent pas de nombre par minute, le danger n'est aucunement diminué.

La constipation, à moins qu'elle ne soit très-opiniâtre, n'est pas de mauvais augure.

La diarrhée est un symptôme bien plus grave; quand elle est très-abondante, elle ne tarde pas à être suivie d'une terminaison funeste, surtout si le ventre se météorise beaucoup et que le pouls s'affaiblisse.

Le danger de la péritonite est d'autant plus grand que la face est plus grippée.

La respiration est en rapport avec le pouls; plus elle est précipitée, plus il y a de danger et *vice versâ*.

Les vomissements constituent aussi un symptôme grave. Les urines, différentes éruptions, la transpiration, fournissent des données bien peu importantes pour le prognostic. Cependant une transpiration partielle, de la figure par exemple, du cou, de la poitrine, est de mauvais augure; la mort est souvent précédée par une pareille sueur qui est alors froide et visqueuse; au contraire, une sueur générale qu'accompagnent le développement et le ralentissement du pouls est quelquefois d'un bon présage.

L'apparition de la sécrétion laiteuse, le retour des lochies supprimées ou seulement diminuées, sont, en général, de très-bon augure, surtout s'il existe en même temps un amendement notable dans les autres symptômes, et surtout dans l'état du pouls.

Toutes choses égales d'ailleurs, plus la péritonite sera bornée, moins elle sera fâcheuse; plus au contraire, elle sera étendue, plus le danger sera grand.

(1) *Essai sur l'histoire naturelle de la grossesse*, page 145.

On devra aussi faire entrer en ligne de compte le temps depuis lequel la maladie existe, les moyens qui ont été mis en usage, et le résultat qu'on en a obtenu.

Il est permis d'espérer beaucoup si les douleurs abdominales diminuent en même temps que le gonflement du ventre; si celui-ci devient souple, la langue humide, le pouls moins fréquent; si la malade peut se remuer plus facilement.

Au contraire, la cessation subite des douleurs avec persistance du gonflement, l'accélération et l'intermittence du pouls; la pâleur, l'altération plus prononcée des traits; le froid du nez, des extrémités des membres; la coloration violacée, livide de ces parties; une sueur gluante, visqueuse, sont les indices d'une mort imminente, malgré le calme dont la malade paraît jouir.

Les complications rendent la maladie d'autant plus grave, qu'elles le sont elles-mêmes davantage.

Comme Baudelocque (1) je terminerai ce qui a rapport au prognostic par cette sage sentence du père de la médecine : « *Morborum acutorum non omninò tutæ sunt prædictiones, neque mortis, neque sanitatis* (2). »

Anatomie pathologique.

Les altérations anatomo-pathologiques varient suivant l'intensité, la durée, la terminaison de la maladie.

Quand la péritonite a été très-intense, qu'elle s'est terminée par la mort en quarante-huit heures ou moins, on rencontre une rougeur générale du péritoine, soit que cette rougeur tienne à une injection des vaisseaux capillaires sous péritonéaux, soit qu'elle ait son siége dans le péritoine lui-même. Avec cette rougeur, on trouve l'un ou l'autre des états suivants :

1° Le péritoine est lisse et paraît sec; mais, si on l'examine de plus près, on le trouve recouvert par une couche très-mince de matière purulente, blanchâtre, demi-concrète; cette matière ne s'aperçoit souvent très-

(1) Page 258. — (2) Sect. 2, *Aph.* 19.

distinctement que dans les points où deux intestins sont en contact, et lorsqu'on a éloigné ces deux portions intestinales l'une de l'autre.

2° Ou bien le péritoine est humide et l'on trouve dans la région hypogastrique une quantité très-peu considérable d'un liquide trouble, rougeâtre. Leake, Broussais, Scoutteten y ont rencontré du sang pur. Quelquefois plusieurs portions plus ou moins étendues du péritoine, une partie des épiploons, offrent un aspect brun-grisâtre, se détachent au moindre contact, en répandant une odeur cadavéreuse. Il y a évidemment gangrène.

Quand la péritonite a duré plusieurs jours, la rougeur du péritoine est ordinairement moins prononcée, moins générale; en beaucoup d'endroits cette membrane présente un aspect brunâtre, comme marbré sans que, pour cela, il y ait gangrène. Souvent on découvre en d'autres endroits une rougeur ponctuée, quelquefois très-régulière, principalement sur les intestins grêles et vers les points qui se rapprochent du mésentère.

Il arrive assez rarement que le péritoine soit recouvert par une couche de pus homogène, bien lié, épaisse d'une à deux lignes; cependant cet état a été observé. Bien plus souvent le péritoine contient dans sa cavité une quantité considérable d'un liquide tantôt clair, d'un jaune citrin ou verdâtre, tantôt opalin. Cette quantité n'est cependant jamais assez grande pour distendre l'abdomen au point où il arrive quelquefois; cette distension est surtout occasionnée par des gaz, qui peuvent être renfermés dans la cavité péritonéale, mais qui se trouvent bien plus souvent dans les intestins.

Au milieu du liquide nagent des flocons fibrineux plus ou moins abondants, et plus ou moins volumineux. On les trouve ordinairement en plus grande quantité sur les ovaires, les trompes, les ligaments larges et le fond de l'utérus, qu'ils recouvrent souvent dans une grande étendue, et auxquels ils adhèrent quelquefois très-fort. Il arrive parfois que ces flocons s'étendent d'un point à un autre, circonscrivent certaines parties, établissent dans la cavité péritonéale plusieurs petites cavités qui finissent par ne plus avoir de communication les unes avec les autres. Plus tard, lorsque l'organisation s'y développe, ce qui a lieu quelquefois au bout de vingt heures, ces flocons mous, peu résistants, acquièrent une solidité égale à

masse arrondie qui, dans les cas de guérison, peut induire en erreur et en imposer pour une tumeur de nature extraordinaire.

Au milieu de la masse des intestins agglutinés, on rencontre quelquefois des loges, des espèces de foyers contenant un liquide tantôt clair et limpide, tantôt purulent. On ne distingue aucune partie au premier aspect, et ce n'est qu'après avoir pénétré dans la cavité de l'estomac et des intestins que l'on reconnaît que ces viscères ont été intéressés. Toute la cavité péritonéale a donc disparu. On trouve quelquefois dans l'épaisseur des fausses membranes, de petits amas de matières purulentes concrètes qui ont beaucoup d'analogie avec les tubercules; chez d'autres sujets, il y a des véritables tubercules développés dans le tissu cellulaire sous péritonéal, quelquefois des granulations pisiformes et blanchâtres.

Il existe quelquefois des perforations du péritoine, perforations qui, en s'étendant à d'autres parties, établissent une communication avec l'extérieur à travers les parois abdominales, ou avec la cavité intestinale, la vessie, le vagin, l'utérus, les trompes. On a vu une pareille perforation établir une communication anormale entre un intestin grêle et un gros intestin. Ces communications ont lieu le plus souvent par un canal étroit, sinueux, plus ou moins oblique, disposé de façon que les matières épanchées puissent facilement s'écouler, tandis qu'il serait difficile de faire refluer ces matières ou d'autres liquides dans le foyer.

Les lésions que l'on rencontre sur d'autres organes que la séreuse de l'abdomen, sur les plèvres, etc., ne sont pas rares; mais ce n'est pas le lieu de les examiner; je dirai seulement qu'elles varient suivant les complications.

Pendant longtemps on a cru que la matière que l'on trouvait épanchée dans le péritoine n'était autre chose que du lait qui, en se jetant sur le bas-ventre, y formait un dépôt et y faisait naître une inflammation. Ce ne fut qu'après les travaux de Bichat sur les membranes séreuses que l'on revint de l'opinion des dépôts laiteux. Chaussier avait coutume de faire voir dans ses leçons par un procédé bien simple la différence de nature des deux liquides : l'une le lait, est acide; l'autre est alcaline; ce qu'il prouvait à l'aide d'un papier coloré par la teinture de tournesol. La matière des épanchements séreux a été analysée par Davy, Lassaigne, etc. Ces

chimistes ont trouvé que la partie liquide avait la plus grande analogie avec le sérum du sang, et que la partie solide n'était autre chose que de la fibrine avec une très-petite proportion d'albumine.

Nature de la péritonite puerpérale.

Lorsque cette affection n'est pas un élément de la fièvre puerpérale ; lorsqu'elle est simple, même lorsqu'elle est compliquée mais que sa nature est franche, lorsqu'elle est indépendante d'un état général, sa nature est évidemment inflammatoire ; elle offre à un haut degré, les caractères des phlegmasies aiguës et intenses qui réclament impérieusement et avec promptitude l'emploi des antiphlogistiques énergiques, et qui éprouvent, de la part de ceux-ci un amendement marqué dans leurs symptômes, leur marche et leur terminaison ; employés méthodiquement et dès le principe, que de fois ils ont jugulé la maladie !

D'après ce que nous avons dit des causes de cette affection, de ses symptômes, de ses lésions nécroscopiques, il semblerait inutile de s'étendre plus longuement pour appuyer sa nature inflammatoire ; mais les maladies diverses avec lesquelles on l'a confondue, la fièvre puerpérale entre autres, nous imposent l'obligation d'entrer dans quelques développements sur ce sujet.

« Souvent il nous arrive, dit Paul Dubois (1), en parlant d'une femme prise de fièvre à la suite de couches, avec des lésions inflammatoires du côté du ventre, de dire qu'elle a une fièvre puerpérale, et c'est à dessein que cette expression est employée par nous, car elle offre un sens tout particulier qui entraîne l'idée d'une affection plus générale que ne semble l'indiquer une péritonite puerpérale, par exemple ; ainsi autre chose est de dire fièvre puerpérale et péritonite puerpérale ; en effet, tandis que celle-ci n'est qu'une inflammation locale, celle-là, au contraire, implique toujours l'existence d'un désordre général. » Si, dans les cas où la péritonite n'est qu'une des nombreuses lésions qui peuvent se manifester dans le cours d'une fièvre puerpérale, il est rationnel d'admettre le langage de ce professeur ; dans ceux, au contraire, où la phlegmasie de la séreuse abdo-

(1) *Annales de gynéc.*. tome II, page 319.

minale est franche, sporadique, isolée, ce serait une dénomination vicieuse et préjudiciable à la nouvelle accouchée, que de la comprendre sous la dénomination de pyrexie puerpérale. En effet, outre la différence qui existe entre les causes, les caractères, la marche, le danger et les lésions anatomiques de l'une et de l'autre, il existe un signe distinctif qui, s'il n'est pas constant (chose encore douteuse) est au moins celui qui se rencontre le plus communément, celui, par conséquent, sur lequel cette différence doit préférablement être appuyée; ce signe se rencontre dans l'état du sang dans l'une et l'autre affection. Si l'on compare la composition élémentaire du sang de la femme atteinte de péritonite puerpérale avec celle du sang d'un individu atteint de fièvre puerpérale, l'on verra, entre l'une et l'autre, cette différence qui se remarque entre toutes les inflammations franches et aiguës et les pyrexies, c'est-à-dire que dans la phlegmasie aiguë et franche du péritoine, le chiffre de la fibrine du sang sera plus ou moins augmenté, tandis que dans la fièvre puerpérale cet élément sera plus ou moins abaissé. Ainsi l'analyse chimique du sang, dans la péritonite puerpérale, indique bien manifestement la nature inflammatoire de la maladie; ce caractère seul pourrait suffire pour établir désormais une distinction sûre entre l'une et l'autre maladie. Voyons, sur ce sujet, ce que disent Andral et Gavarret (1) : « Nous avons examiné, disent ces auteurs, le sang de la péritonite aiguë, chez quatre individus auxquels nous avons fait pratiquer huit saignées, et ces analyses sont venues confirmer les résultats obtenus dans les phlegmasies aiguës; ici encore elles ont donné le fait capital de l'augmentation de la fibrine. L'une de ces malades était atteinte de péritonite simple ; les trois autres de métro-péritonite; deux fois la mort eut lieu, et nous constatâmes l'existence d'une vaste collection de pus dans le bassin. La fibrine présenta pour maximum le chiffre 7,2, et se maintint généralement entre 5 et 6; deux fois, cependant, elle descendit plus bas, une fois à 3,6, et une autre fois à 3,8. Mais nous pûmes nous rendre compte de ces deux exceptions. Dans le premier de ces deux cas, en effet, le sang fut examiné à une époque

où la malade, réduite au marasme, était déjà loin du début de sa péritonite, dont il restait comme trace une collection purulente dans le bassin. Ce cas rentrait donc dans celui de ces épanchements pleurétiques, où nous ne trouvions non plus dans le sang qu'un chiffre peu élevé de fibrine (1). »

« Le second cas nous paraît très-digne d'attention et nous devons le citer avec quelques détails. Une femme à la suite d'une suppression des règles, fut prise vers l'hypogastre de douleurs vives qui, par leur siége et leur nature, nous parurent être le produit d'une simple congestion utérine ; elle n'avait point de fièvre ; le sang, que nous fîmes tirer alors, présenta à peu près une quantité normale de fibrine, un peu supérieure toutefois (3,8). Cependant, deux jours après, les douleurs utérines étant devenues beaucoup plus vives, nous la fîmes saigner de nouveau ; le sang, cette fois, avait d'autres qualités, sa fibrine était montée à 4,7. Cette rapide augmentation de fibrine nous frappa, et bien qu'il n'y eut pas encore de fièvres, nous soupçonnâmes dès ce moment qu'il y avait là plus qu'une simple hypérémie de l'utérus. Le lendemain, en effet, tous les signes d'une métro-péritonite existaient ; une troisième saignée fut pratiquée, et nous trouvâmes encore la fibrine montée, marquant le chiffre 6,1. Les symptômes s'amendèrent peu à peu à la suite de cette troisième saignée.

« Ainsi, dans ce cas, notre diagnostic se déduisit de l'examen du sang, et le passage de la simple hypérémie à l'état appelé phlegmasique se traduisit nettement par l'augmentation progressive du chiffre de la fibrine.

« Les globules, dans ces huit saignées de péritonite, suivirent toujours la même loi ; partant d'un chiffre inégal à la première émission du sang, ils allèrent en diminuant aux saignées suivantes, et leur diminution fut constamment en raison directe de la quantité de sang perdu, de la rigueur de la diète, et de la longueur de la maladie, qui est aussi une cause puissante d'épuisement. »

(1) Dans la pleurésie à son début et sans qu'il y ait encore d'épanchement, ils ont trouvé en fibrine 5,8 et 8,9. Quand la pleurésie est encore récente, mais avec épanchement, ils ont trouvé de 4 à 6 en fibrine. Quand l'épanchement pleurétique est ancien, sans fièvre, la fibrine est encore augmentée, mais moins que dans les cas précédents ; elle n'arrive jamais jusqu'au chiffre 5, elle offre pour minimum 3,5, pour maximum 4,8.

Voici le tableau du rapport proportionnel des différents principes du sang dans ces quatre cas de péritonite aiguë :

	SAIGNÉES.	FIBRINE.	GLOBULES.	EAU.	ALBUMINE.	MATÉRIAUX SOLIDES.
1er cas. . .	1	5,5	122,8	787,2	84,5	
2e cas. . . .	1	5,4	88,3	822,9	75,3	7,9
	2	5,3	73,6	831,6	81,6	7,9
	3 (a)	3,6	60,5	851,0	77,7	7,2
3e cas (b)..	1	7,2	117,0	786,4	81,7	7,7
4e cas. . . .	1 (c)	3,8	120,0	789,4	79,1	7,7
	2	4,7	109,5	802,7	75,6	7,5
	3	6,1	100,3	813,5	73,0	7,1

(a) Cette troisième saignée fut pratiquée peu de jours avant la mort, lorsque la malade était plongée dans le dernier degré de marasme. On trouva beaucoup de pus dans le bassin. On remarqua, dans ce cas, combien le chiffre des globules s'était abaissé.

(b) Terminaison, un mois après la saignée, par la mort. Collection purulente dans le bassin constatée par la nécropsie.

(c) cette première saignée fut pratiquée à une époque où il n'existait encore aucun signe caractéristique de péritonite. (Voir le texte ci-dessus.)

Les faits précédents sont bien en rapport avec ce que nous avons dit de la composition élémentaire du sang dans la péritonite puerpérale, comme caractère distinctif de la nature phlegmasique de cette affection. Ce signe important, joint aux causes, aux symptômes et aux lésions nécroscopiques de la maladie, constitue non-seulement sa nature, mais encore établit la base la plus solide sur laquelle repose sa thérapeutique. Si, dans la fièvre puerpérale avec péritonite, l'on rencontre quelques-uns des caractères pathogéniques de la phlegmasie franche de la séreuse abdominale, ils sont loin d'y être en aussi grand nombre et avec le même aspect; ils sont plus ou moins masqués, plus ou moins modifiés par l'altération générale qui constitue la pyrexie des nouvelles accouchées; la modification

Les partisans des métastases laiteuses ont dit, et, après eux, on a répété que les femmes qui allaitent leurs enfants ont des suites de couches moins fâcheuses que celles qui ne le font pas. Cette opinion n'est pas encore bien appuyée par les faits. « J'ai vu, dit Baudelocque (1), des péritonites chez les femmes qui allaitaient leurs enfants; j'en ai vu chez celles qui ne les nourrissaient pas, que la maladie n'était pas moins grave chez les unes que chez les autres. J'assure, ajoute-t-il, que les femmes qui allaitent leurs enfants exigent, pendant le temps des couches, autant de soins et de précautions que celles qui ne le font pas. » Ce raisonnement de Baudelocque ne nous paraît pas clair, il est contraire, si pas aux faits (chose encore à éclairer) au moins à la théorie. En effet, chez la généralité des femmes qui n'allaitent pas, ou bien le lait s'écoule spontanément des mamelons, ou bien il en sort par une succion artificielle plus ou moins longtemps continuée, et qui remplace, dans le temps des couches et, par conséquent, dans cette période propre aux maladies puerpérales, la succion du nourrisson; dès lors la comparaison cesse d'être juste, l'allaitement artificiel remplace l'allaitement naturel. Ensuite, la sécrétion laiteuse, comme la perspiration cutanée, comme l'écoulement lochial, sont les fonctions naturelles de l'état des couches; la nature, toujours sage et prévoyante, ne les crée pas inutilement; et, à la vérité, ces sécrétions n'ont-elles pas une part active, essentielle, je dirais presque nécessaire dans le retour des liquides et des solides à l'état normal, d'où la gestation et le travail de l'accouchement les avaient éloignés? Si le sang de la nouvelle accouchée ne contient pas le lait en nature, au moins il en contient les éléments; c'est lui qui porte aux mamelles les matériaux nécessaires à l'accomplissement de leur fonction : or, peut-on supposer que la conservation de ces matériaux dans le sang restera sans influence sur la santé des femmes en couches, et surtout sur les diverses affections dont elles peuvent être atteintes? N'avons-nous pas cité un exemple où la suppression brusque de cette fonction a été suivie de péritonite? Et l'utilité de cette sécrétion n'est-elle pas suffisamment démontrée par la coïncidence de son retour avec ces améliorations solides et durables que l'on

(1) Page 281.

le chiffre des globules; enfin, nous savons qu'une telle disproportion entre les globules et la fibrine du sang dispose aux inflammations, et les favorisent quand déjà elles existent; ces connaissances théoriques nous conduiraient à préférer aussi, dans la généralité des cas, les émissions sanguines locales aux saignées générales; elles nous conduiraient au moins à rejeter les saignées d'Armstrong. Cette méthode d'employer les évacuations sanguines aurait encore un autre avantage, celui de ne pas autant favoriser l'absorption veineuse, et, par conséquent, la disposition à l'infection purulente.

La saignée générale (si on se décide à y recourir), conviendra chez les femmes qui auront perdu peu de sang pendant et après le travail, qui jouissent habituellement d'une bonne santé et sont douées d'un tempérament sanguin, et surtout lorsque la maladie est bien évidemment de nature inflammatoire. Dans ces cas, peut-être sera-t-il permis de la répéter avec espoir de succès; toujours est-il que, lorsqu'il régnera le moindre doute sur la nature de l'affection, on profitera d'une première saignée pour faire l'analyse du sang, et l'on ne procédera à une deuxième ou troisième émission sanguine générale que d'après les résultats de cette analyse, et d'après l'effet de la première sur la maladie et sur l'état général de la malade. Lorsque l'opération chimique, faite sur le sang, indiquera une diminution plus ou moins considérable du chiffre de sa fibrine, que cette diminution viendra révéler que la péritonite n'est qu'un élément de la fièvre puerpérale, que cette phlegmasie enfin n'est pas franchement inflammatoire, alors il faudra être réservé dans l'emploi de cette médication; mais lorsque l'analyse chimique indiquera, dans le sang, un chiffre élevé de son élément spontanément coagulable, que la phlegmasie péritonéale est franche, dès lors le praticien pourra recourir plus hardiment à ce moyen thérapeutique puissant.

Il est prudent de n'employer d'abord qu'une saignée générale plutôt modérée que copieuse, afin de ne pas occasionner, dans les forces générales de la malade, une diminution trop grande et trop brusque, et afin de pouvoir revenir à la même médication si, dans le cours de la péritonite, il s'en présentait des indications prononcées.

Généralement les sangsues en grand nombre, appliquées sur tout l'ab-

domen si la péritonite est générale; appliquées sur certaines parties limitées si elle-même est localisée, sont préférées à la saignée chez beaucoup de femmes, chez celles qui sont de complexion délicate, d'un tempérament nerveux ou lymphatique, chez celles qui ont eu une grossesse pénible, ou qui ont perdu une quantité plus ou moins considérable de sang, chez celles qui sont déjà à huit jours et plus de leur accouchement ou qui sont malades depuis plusieurs jours et chez celles où les sécrétions laiteuse et lochiale continuent. On proportionne le nombre des anhélides comme le nombre de leurs applications aux circonstances précitées, à la quantité plus ou moins considérable de sang qui s'écoule de leurs piqûres, aux résultats produits sur le mal et sur l'économie.

Il faut toujours, quand on a recours aux sangsues, éviter avec soin le refroidissement des malades; il convient de ne pas abandonner trop tôt ce moyen puissant, qu'aucune autre ne peut avantageusement remplacer. Ce qu'il y a de plus à regretter c'est la difficulté, pour ne pas dire l'impossibilité, de pouvoir préciser jusqu'où l'on peut aller avec les sangsues, la limite que l'on doit atteindre et ne pas dépasser. Nous pensons que l'on ne peut guère établir de règles à cet égard; il est trop de circonstances qui s'y opposent; c'est à l'expérience du praticien sage et attentif, c'est à l'observance des préceptes que nous venons de faire connaître, qu'il appartiendra de prendre à ce sujet telle détermination que sembleront réclamer les indications.

En même temps qu'on emploie les évacuations sanguines, et souvent longtemps après, on a recours aux applications émollientes sur l'abdomen, telles que cataplasmes, s'ils peuvent être supportés, fomentations, frictions d'huile d'amande douce. Lorsque les douleurs sont intenses, surtout lorsque le système nerveux semble prendre une part active aux symptômes maladifs, lorsque la femme est d'une complexion nerveuse, on arrose ces cataplasmes de laudanum, ou bien, pour les faire, on emploie une décoction de morelle ou de têtes de pavot blanc; les fomentations se font avec les espèces émollientes auxquelles on mélange les substances précitées. Lorsque la sensibilité du ventre est telle que ni cataplasmes, ni fomentations, pas même les couvertures, ne sont supportées; lorsque ces objets

occasionnent la plus petite gêne, soit au ventre, soit à la respiration, nous leur préférons des onctions d'huile d'amande douce, à laquelle nous joignons, selon les circonstances, le laudanum, l'huile de jusquiame ou de pavot.

On met ces cataplasmes entre deux linges fins, ou mieux encore, dans de la gaze : on préfère la fécule de pomme de terre ou le riz bien cuit dans l'eau de guimauve, à la farine de graines de lin qui, presque toujours, est sophistiquée, irritante et peut produire de graves accidents.

Si l'on emploie les fomentations, il faut bien faire attention que le lit ne soit pas mouillé, et que le renouvellement de la flanelle, dont on se sert, soit fait avec promptitude et sans découvrir la malade.

Les cataplasmes et les fomentations seront en général peu chauds, et, afin de les empêcher de se refroidir, on les couvrira avec de la flanelle sèche par-dessus laquelle on placera du taffetas ciré.

Lorsque les malades sont transportables; que les mouvements ne leur sont pas trop douloureux; qu'on peut, sans trop les faire souffrir, les porter de leur lit au bain et d'ici à leur lit, les bains émollients, faits avec le son, la colle de Flandre, les espèces émollientes, auxquels, selon les circonstances, on peut joindre la morelle et les têtes de pavot, sont conseillés et produisent quelquefois de très-bons résultats. Selon que les malades les supportent plus ou moins bien, selon qu'elles y éprouvent plus ou moins de soulagement, on prolonge ou on diminue leur durée (de demi-heure à deux heures et plus); et, selon que la femme en obtient du soulagement, on en répète plus ou moins l'usage.

On a préconisé les bains de siége; la plupart des praticiens les emploient; s'ils sont chauds, ils attirent le sang vers le bassin; ils y produisent des congestions sanguines qui peuvent aggraver la phlegmasie.

Lorsque l'état aigu de la maladie est abattu, mais que la peau reste sèche, le pouls fébrile; que l'abdomen conserve de la sensibilité, une douleur obtuse; que l'emploi des antiphlogistiques a atteint la limite qu'ils ne doivent pas dépasser; que l'état maladif semble rester stationnaire et tendre vers la chronicité, je me suis quelquefois bien trouvé de l'emploi de bains de vapeur simple. Ces bains n'exigent aucun déplacement de la malade; ils provoquent une augmentation de la transpiration cutanée, et, par cette

rhumatisme abdominal fébrile et de la névralgie lombo-abdominale. Les cas ne sont pas rares, au contraire, où, chez des sujets affectés d'une véritable péritonite, un large vésicatoire appliqué sur le ventre a ajouté une intensité considérable aux symptômes généraux, et par suite donné une très-grande gravité à l'affection. Nous ne saurions donc conseiller le vésicatoire : dans la péritonite générale ils sont dangereux, dans la péritonite partielle ils sont le plus souvent inutiles. » Broussais n'a pas conseillé les larges vésicatoires sans les avoir employés, et sans en avoir quelquefois obtenu d'heureux résultats ; et si, dans la péritonite générale aiguë, il y a danger d'y recourir crainte de voir l'irritation locale du révulsif augmenter la fièvre, occasionner le développement de quelques complications, même l'augmentation de la phlegmasie du péritoine ; du moins dans les péritonites partielles, qui offrent généralement une tendance à la guérison, à la résorption du liquide épanché, et à la formation de fausses membranes, mais qui d'autres fois constituent des dépôts qui se frayent des voies variées tantôt à travers les parois abdominales, tantôt à travers l'un ou l'autre des organes creux de l'abdomen, voire même dans la cavité péritonéale restée saine, ce moyen de révulsion m'a quelquefois procuré d'heureux résultats ; sous son influence, j'ai vu la résorption du liquide s'opérer et l'adhérence des parois du kyste s'établir. Mais il est un temps d'élection et une méthode à suivre dans l'emploi de ces agents pharmaceutiques pour en obtenir du succès ; il faut, avant d'y recourir, avoir épuisé les émissions sanguines, diminué la fièvre et la douleur ; il faut que la tumeur formée par la péritonite partielle persiste ou augmente ; il faut que la malade n'offre pas d'idiosyncrasie telle qu'il résulte facilement de l'emploi des vésicatoires chez l'une des irritations vésico-urétrales, chez l'autre une inflammation cutanée, fébrile et douloureuse. Il faut que le vésicatoire offre une largeur modérée, à peu près comme celle du sommet de la tumeur ; qu'il soit saupoudré de camphre ; qu'il ne soit laissé en place que jusqu'à formation d'une ampoule ; qu'alors il soit retiré avec précaution, de manière à ne pas enlever la peau soulevée par la sérosité qui remplit la phlyctène ; que celle-ci soit percée, puis recouverte d'un linge cératé afin qu'il y ait dessiccation de l'épiderme sans que la superficie du derme ne s'enflamme et suppure. En agissant ainsi, on produit peu

En 1811, il régna dans la partie ouest du comté de Sommerset, en Angleterre, une fièvre puerpérale épidémique qui fut si fatale à plusieurs femmes en couches, que, pendant plusieurs mois depuis son apparition, pas une seule malade n'échappa à la mort. Le docteur Bradley fit usage avec succès du calomel à haute dose.

Les médecins français faisaient aussi quelquefois usage des préparations mercurielles dans le traitement de la péritonite puerpérale. Dès l'année 1807, au dire de M. Dumas, en 1812, suivant le docteur Dufour (1), Chaussier faisait frotter, tous les matins, avec une once de pommade mercurielle, le ventre des femmes affectées de cette maladie. Lœme, Lerminier employaient, dans la péritonite chronique, la même pommade que le docteur Ozanam recommandait dans les mêmes circonstances en 1818 (2).

Mais la gloire d'avoir proposé et employé les mercuriaux comme méthode principale de traitement dans la péritonite puerpérale appartient tout entière au docteur Vandenzande, professeur au grand Hôpital civil d'Anvers. Ce médecin était désespéré de voir échouer tous les remèdes préconisés contre l'inflammation du péritoine chez les femmes en couches. Toutes celles, qui en étaient atteintes dans les salles de l'hôpital confiées à ses soins, périssaient. Nous pouvons assurer, dit-il, que, pendant près de deux ans, le défaut absolu de réussite de tous les traitements connus, tant rationnels qu'empiriques, avait fait établir parmi nous, professeurs et élèves, l'opinion que la péritonite résistait à toutes les ressources de l'art, ne pouvait avoir qu'une issue funeste, et que tout ce qu'il était possible de se promettre des diverses méthodes les plus vantées, était d'en prévenir le développement. Une malade, plus heureuse que les autres, échappe aux accidents de la péritonite aiguë; la maladie passe à l'état chronique avec épanchement dans l'abdomen. Avant de recourir à la ponction, Vandenzande essaie l'usage du calomel, et le succès le plus heureux vint couronner sa tentative. Alors lui vînt l'heureuse idée d'employer le même médicament dans la période aiguë; l'occasion ne tarda pas à se présenter. Nous avons

(1) *Dissert. inaug.*, page 47. — (2) *Histoire des maladies épidémiques*, par Ozanam, tome II, pages 290 et suivantes.

rapporté le premier fait où il essaya la médication mercurielle. « Nous voudrions, dit-il, pouvoir pénétrer ici tous les hommes de l'art qui liront ce fait intéressant de médecine pratique de la satisfaction et du bonheur que nous éprouvâmes en cette circonstance. Ce serait pour nous un sûr garant de l'empressement qu'ils mettraient à adopter une méthode de traitement, que nous pouvons assurer n'être comparable à nulle autre connue jusqu'à présent. »

D'autres faits ne tardèrent pas à confirmer les espérances que cet auteur avait conçues ; il les rapporte dans son *Traité de la péritonite puerpérale*, publié en 1821.

Depuis la publication de ce Mémoire, on a beaucoup employé en France les mercuriaux dans le traitement de la péritonite puerpérale. On a publié un assez grand nombre d'observations de guérisons dans divers journaux de médecine. « Il existe, dit Baudelocque (1), dans les *Archives générales de médecine*, deux Mémoires dans lesquels on cherche à s'attribuer une part dans la découverte du médecin d'Anvers, parce qu'au lieu d'avoir recours ordinairement au calomel, on préfère les frictions avec l'onguent mercuriel ; parce qu'au lieu de faire ces frictions à l'*intérieur des cuisses et sur le ventre* lorsque la malade peut supporter quelques pressions sur l'hypogastre, on les fait *sur les cuisses et sur le ventre.* »

« Quoiqu'on fasse et quoiqu'on dise, dit le même auteur, il est constant qu'on a peu ajouté à ce qu'a écrit Vandenzande sur l'usage des préparations mercurielles dans la péritonite puerpérale. On ne saurait lui ravir la gloire d'avoir le premier proposé et employé contre une maladie si souvent mortelle une méthode de traitement qui compte déjà en sa faveur un bon nombre de succès ; et quand on voudra examiner les choses avec attention et sans prévention, on se convaincra facilement que les changements importants, les grandes modifications apportées à cette méthode, se réduisent presque à rien. »

Lorsque la péritonite est déclarée, Vandenzande prescrit le calomel uni à la jusquiame et à l'opium. Il s'est assuré que le principal effet curatif réside

(1) Ouvrage cité, page 419.

dans le calomel, et que la jusquiame et l'opium n'ont d'autre effet que de calmer l'agitation, l'état nerveux qui existe si souvent avec la péritonite. « Comme l'indication, que nous croyons la plus pressante, est de calmer la douleur, dit ce médecin, nous associons aussitôt aux poudres de calomel, de jusquiame et d'opium, les lavements sédatifs et émollients, et des fomentations de même nature sur le ventre. Nous ne connaissons que deux accidents qui peuvent contre-indiquer l'emploi du calomel : ce sont les vomissements et la diarrhée. Dans le premier cas, il a toujours été remplacé avec succès par les frictions d'onguent mercuriel à grande dose (quatre, six, huit onces par jour). Les vomissements cessés, nous reprenons le calomel, mais à moindre dose d'abord, sans cesser les frictions. Dans les cas de diarrhée, il n'est pas toujours nécessaire de supprimer le calomel; il suffit le plus souvent d'augmenter la dose de l'opium. Si la diarrhée continue et augmente, il faut abandonner tout à fait le premier remède, et recourir aux frictions mercurielles. La maladie est ordinairement jugée avant le cinquième jour. La salivation est rarement forte, il suffit des premiers signes qui l'annoncent pour prononcer sur l'issue heureuse de la maladie. »

« Il est essentiel de remarquer qu'attendu que les symptômes de l'inflammation sont portés rapidement au plus haut degré de développement, le calomel et les calmants narcotiques doivent aussi être prescrits dès le début à haute dose. »

« Dès le premier jour, dit cet auteur, nous prescrivons douze à quinze grains de calomel avec partie égale d'extrait de jusquiame; et, s'il est jugé convenable, un à deux grains d'opium; les fomentations et les demi-lavements de décoction de tête de pavot et de racine de guimauve ou de graines de lin, répétés toutes les trois ou quatre heures, sont des sédatifs émollients portés aussi près que possible du siége du mal; ils ont, en outre, l'avantage inappréciable de s'opposer tant aux selles trop fréquentes, provoquées par le calomel, qu'aux vomissements si difficiles à arrêter. »

« Nous continuons de la sorte, dit-il, jusqu'à ce que les douleurs soient notablement diminuées, ce qui n'arrive guère avant le troisième jour, et jusqu'à ce que l'état du pouls et des symptômes fébriles indique la résolu-

d'autres phlegmasies : Vandenzande, sans doute, employait le calomel et les frictions, mais ce praticien comptait particulièrement sur le calomel uni à l'opium, et n'usait des frictions que secondairement ; il les faisait sur les cuisses une ou deux fois par jour, et seulement quand il ne pouvait donner le proto-chlorure de mercure à l'intérieur. Lœme a fait usage des frictions, mais surtout dans la péritonite chronique. Quant à Chaussier, il les a essayées, il est vrai, dans la péritonite puerpérale, mais mollement et sans méthode. Velpeau, disent ces auteurs, au contraire se proposa pour but de faire absorber immédiatement de très-hautes doses de mercure, de manière à produire aussi rapidement que possible la cachexie mercurielle. Par là, il voulait mettre en peu d'heures le sang dans des conditions de fluidité telle, qu'il devint impropre à devenir élément d'une phlegmasie grave, et cela lui semblait d'autant plus nécessaire que, dans les péritonites puerpérales, les accidents phlegmasiques marchent avec une effroyable rapidité. Il donna donc le mercure sous toutes les formes et à des doses énormes ; il fit faire, en même temps, des frictions sur le ventre et sur les cuisses, et il administra le calomel à l'intérieur de manière à produire en peu d'instants une infection mercurielle profonde. Il insiste sur la médication jusqu'à ce que surviennent les signes de la saturation hydrargyrique, c'est-à-dire le gonflement des gencives et un commencement de salivation. »

« Ce serait, disent les mêmes auteurs, mal comprendre la médication mercurielle dans le traitement de la péritonite, que de l'appliquer mollement. Si une fois on a laissé marcher l'inflammation, et s'épancher les produits morbides dans la cavité péritonéale, le moyen devient, sinon impuissant, du moins d'une utilité fort contestable ; il en est de cette méthode comme de celle par la saignée : ce n'est pas tout de donner du mercure et de tirer du sang, il faut le faire autant qu'il le faut et comme il le faut. »

On ne doit pas négliger, dans le traitement de la péritonite puerpérale la formule de M. Serre d'Uzès pour l'emploi de l'onguent mercuriel double. Lisfranc la vante beaucoup (1) ; cette formule consiste à employer en

(1) *Clinique chirurg.*, page 446.

grande. C'est, en effet, la violence de l'inflammation qui a suspendu ces sécrétions, et ce n'est qu'après avoir modéré l'intensité de la péritonite qu'on peut espérer de voir se rétablir la sécrétion du lait et l'écoulement des lochies, qui, alors, ont une tendance naturelle à se reproduire. Toutefois il est permis d'admettre qu'en pareille circonstance les moyens précédemment indiqués doivent en favoriser le retour.

La suppression de la diarrhée, quand elle existe, est le plus souvent nuisible : lorsqu'elle est modérée, on l'entretiendra par l'usage des boissons adoucissantes, féculentes, par des demi-lavements émollients répétés plusieurs fois par jour. Lorsqu'elle est très-abondante, qu'elle fatigue et affaiblit beaucoup, il est bon de chercher à la modérer. L'eau de riz édulcorée avec le sirop de coing, la décoction blanche de Sydenham, auxquelles on pourra ajouter, selon le besoin, le sirop diacode de un à deux gros par jour. On peut aussi employer l'extrait gommeux d'opium, le *diascordium,* les quarts de lavements émollients, auxquels, selon les circonstances, on pourra ajouter quelques gouttes de laudanum.

Les nausées et les vomissements réclament aussi des soins particuliers, dont nous nous sommes déjà occupé plus haut. S'ils existent au début de la maladie, ils annoncent quelquefois le besoin d'un émétique; c'est à ce cas que l'on peut appliquer cette sentence d'Hippocrate « *Vomitus vomitu curatur.* » A une période plus avancée, il est toujours utile de chercher à les calmer, nous avons dit pourquoi et comment.

Le météorisme est quelquefois porté à un degré tel qu'il peut déterminer l'asphyxie en s'opposant à l'inspiration. Le camphre en bol, associé au nitre, ou donné en lavement dans un jaune d'œuf a été très-préconisé en pareils cas; on a recommandé aussi l'usage de la magnésie, de l'eau de chaux. Des fomentations d'eau froide, d'oxycrat, l'application de la glace, ont été employés, non sans succès, par quelques praticiens. Lorsque ces remèdes ont été insuffisants, on a eu recours à des moyens mécaniques. On a introduit dans l'anus la canule d'une seringue dans laquelle on faisait le vide en retirant le piston; cette manœuvre était recommencée plusieurs fois, avec la précaution, bien entendu, de retirer la canule chaque fois, et d'enfoncer le piston avant de la réintroduire. On a également porté jus-

que dans l'estomac une sonde de gomme élastique sur laquelle on adaptait ensuite une seringue qui servait à faire le vide.

L'acupuncture a été conseillée. On pourrait la tenter, dit Baudelocque (1), à travers les parois abdominales, et les expériences de Berlias, Béclard, Bretonneau et J. Cloquet doivent encourager à y avoir recours.

« Les opiacés, dit Baudelocque, ne me paraissent devoir être employés que dans les cas de diarrhée excessive. Mis en usage pour calmer l'agitation et procurer du sommeil, je les ai toujours trouvés sans effet, et ils peuvent alors donner lieu à une constipation nuisible. Je ferai exception pour les circonstances dans lesquelles les douleurs sont si aiguës, si violentes, qu'elles ne tarderaient pas à amener la mort si elles persistaient pendant quelque temps. On peut alors retirer des avantages marqués de l'emploi de l'opium sous toutes les formes, sans que cependant on doive négliger l'usage des moyens propres à combattre l'inflammation. Les préparations opiacées ne sont alors dirigées que contre un symptôme, et, dans aucun cas, elles ne doivent former la partie principale du traitement. Je crois même qu'il y aurait beaucoup d'inconvénients à les employer sans une nécessité évidente. »

Le docteur Duchène, de Lyon, a recueilli quelques faits de péritonite puerpérale où l'emploi du sous-carbonate de potasse semble avoir produit d'heureux effets. En parlant du traitement de la métrite puerpérale, nous avons fait connaître l'opinion de ce médecin sur le mode d'agir de ce médicament.

On donnera des boissons adoucissantes, émulsionnées, acidulées. Lorsque la soif est très-ardente, les malades boivent souvent trois, quatre et même cinq litres de tisane dans les vingt-quatre heures; prenez-y garde, il n'est pas rare de voir l'estomac gorgé de liquide se laisser distendre, s'affaiblir et ne pas les digérer; d'où naissent de graves inconvénients : faites boire fréquemment et à petits coups; les breuvages seront ordinairement froids : on prend cependant en considération les habitudes et les idiosyncrasies des malades.

(1) Page 455.

Quand il y a des vomissements fréquents et répétés, il ne faut donner, pour boissons, que de l'eau pure, bien fraîche, par cuillerée à bouche. On peut aussi chercher à calmer la soif à l'aide de quelques cuillerées d'une potion avec addition d'une once d'acide boracique, ou de quelques tranches d'orange, de quelques grains de raisin que l'on permet de sucer, de groseilles, de cerises, d'un peu de glace, etc.

La diète doit être absolue tout le temps que l'affection présente une acuité marquée. Pendant la convalescence, on recommande surtout la diète lactée, et on doit agir avec une grande prudence quand il s'agit d'augmenter graduellement l'alimentation. En général, il faut, autant que possible :

1° Épargner aux malades les moindres mouvements.

2° Ne point charger le ventre de couvertures, et le protéger avec un cerceau si la pression était intolérable.

3° Pour régime, diète sévère tant que la maladie est dans sa vigueur.

4° Reprendre avec beaucoup de prudence un régime substantiel pendant la convalescence.

Péritonite puerpérale chronique.

Il peut se faire que les moyens mis en usage pour combattre la péritonite aiguë n'aient eu d'autres résultats que de modérer la violence, l'intensité des accidents, de diminuer la fièvre, d'assoupir les douleurs abdominales; il reste alors un épanchement plus ou moins considérable dans la cavité péritonéale. Cet épanchement, qui est le produit de l'inflammation, devient à son tour cause d'inflammation, ou tout au moins il entretient celle qui existe sur le péritoine, et il amène ordinairement la mort. Il n'est cependant pas sans exemple que la nature seule, ou aidée des secours de l'art ait triomphé de semblables épanchements, et que la santé se soit parfaitement rétablie.

D'après les faits connus sur la matière, on voit que la guérison a eu lieu de trois manières :

1° Ou bien le liquide épanché a été résorbé, évacué ensuite par les selles, les urines, les sueurs, etc.;

2° Ou bien il s'est fait jour directement et spontanément au dehors;

3° Ou bien une issue lui a été procurée par l'art, et, alors, il est quelquefois arrivé que la guérison a eu lieu.

La résorption est certainement ce qui peut arriver de plus avantageux; c'est le mode de terminaison que l'on doit chercher à obtenir. On a conseillé de la favoriser par l'usage de bouillons apéritifs, que l'on fait avec les feuilles des deux chicorées, le cerfeuil, le cresson de fontaine et le sel de Glauber, par des diurétiques, des laxatifs. Il est utile, en même temps qu'on emploie ces moyens, de soutenir les forces avec une nourriture légère, de faire prendre de temps en temps quelques tasses d'infusion de quinquina.

Dans les épanchements partiels, circonscrits, Puzos employait hardiment la saignée, qu'il dit avoir quelquefois répété jusqu'à quatre fois avec succès. Husson (1) n'est pas moins partisan que Puzos des émissions sanguines; il en rapporte deux faits qui prouvent les bons effets qu'on peut en obtenir.

Mais la saignée ne peut pas toujours être employée aussi hardiment, surtout quand on en a fait usage dans la période aiguë. La malade peut se trouver dans un état de faiblesse qui prescrive impérieusement de s'en abstenir. Dans la péritonite chronique, on ne doit saigner qu'avec beaucoup de circonspection, afin de ne pas enlever aux femmes des forces dont elles ont si besoin pour triompher d'une maladie toujours longue.

C'est dans cette circonstance qu'une suppuration entretenue sur les parois abdominales peut avoir des résultats très-avantageux. On seconde l'action de ces révulsifs par des fomentations, des cataplasmes émollients, aromatiques, des bains tièdes; on a quelquefois employé les douches sur l'abdomen; mais les douleurs et les demi-bains peuvent fluxionner, congestionner le ventre, et faire passer la maladie de l'état chronique à l'état aigu.

L'usage des mercuriaux est souvent très-avantageux dans ces péritonites chroniques. C'est une guérison obtenue en pareille circonstance par l'emploi de la médication mercurielle, qui a donné au docteur Vandenzande l'idée d'employer les mêmes moyens dans la péritonite aiguë : nous avons cité ce

(1) *Lancette française*, tome II, numéro 1.

cas, où l'action du calomel fut évidente, et où la plus grande part, dans la guérison, doit lui être attribuée.

Les frictions avec l'onguent mercuriel ne seront pas moins utiles, soit qu'on les administre seules, soit qu'on en combine l'usage avec d'autres préparations du même métal.

Il peut arriver, et cela n'est pas rare, que tous les moyens mis en usage pour obtenir la résorption du liquide épanché soient sans succès ; alors, ou bien l'état de l'abdomen ne change pas, ou bien il se développe, dans un point des parois du foyer, une inflammation éliminatoire, un travail qui tend à frayer une issue à la matière de l'épanchement. Ce point devient le siége d'une douleur plus vive : on y sent de l'empâtement, plus de dureté, plus de chaleur; petit à petit l'inflammation, qui marche de dedans en dehors, gagne la peau qui se tuméfie, rougit, s'ulcère. Cette ulcération communique avec le foyer et donne issue à tout ce qui s'y trouve renfermé. Chomel et d'autres ont vu une semblable ouverture se faire à l'ombilic; Verdier et Duclos l'ont vue se faire jour dans la cavité de l'intestin, Brisorgueil aux environs de l'anus, Vigér dans le vagin et la vessie.

Quand on aperçoit une tendance de la nature à expulser au dehors la matière épanchée, il faut favoriser cette tendance par tous les moyens possibles et avoir recours aux cataplasmes émollients, aux bains tièdes. Si les douleurs sont violentes, la fluctuation distincte, et que l'ouverture tarde à s'établir, on peut en épargner une partie des frais à la nature en plongeant un trois-quarts et mieux encore un bistouri dans l'endroit le plus tuméfié. Il est des auteurs, Paroisse entre autres, qui, lorsque l'abcès est très-lent à se former et qu'il n'y a point d'inflammation bien développée, emploient la pierre à cautère.

Quand tous les moyens mis en usage ont été sans succès, qu'il n'existe aucune apparence, soit de résorption du liquide épanché, soit de travail qui tende à lui frayer une issue, faut-il abandonner la malade à une mort certaine? Ou bien est-il possible de suppléer aux efforts de la nature par une opération qui aurait pour but de procurer la sortie du liquide épanché? Une semblable opération a été pratiquée avec succès par plusieurs praticiens distingués, Bossu, Martin, de Bordeaux, Pujol,

le mieux sentir, en ayant égard toutefois à la position connue des vaisseaux sanguins.

On a employé les injections dans le foyer, puis on les a rejetées comme dangereuses, ou tout au moins comme inutiles; aujourd'hui on y est revenu. Et, en effet, l'usage des injections me paraît devoir être très-avantageux; elles préviennent la décomposition des matières qui n'ont pu sortir, et leur renouvellement fréquent présente à l'action absorbante des vaisseaux un liquide doux, innocent, au lieu de substances putréfiées dont l'effet délétère se manifeste si promptement. De l'eau tiède, de l'eau de guimauve, de graines de lin, d'orge, devront former la matière des injections. Il sera quelquefois utile de favoriser la sortie du pus, soit par une position particulière de la malade, soit par un pansement convenable, une compression sagement ordonnée. Paroisse s'est trouvé dans la nécessité de faire une contre-ouverture et il en a retiré le plus grand avantage.

Depuis que Velpeau a préconisé les injections iodées dans les cavités closes comme moyen de provoquer l'inflammation adhésive de leurs parois, non-seulement on les a employées dans l'hydrocèle, dans le kyste goîtreux, les clapiers, mais encore dans les affections des membranes synoviales des articulations les plus importantes, des genoux, des épaules, etc., avec plus ou moins de succès. Il est même des praticiens qui ont osé recourir à ce moyen de traitement pour guérir l'ascite. L'Académie royale de médecine de Paris a même reçu communication d'un exemple de guérison obtenu par ce traitement. Pourra-t-on étendre, avec quelque espoir de succès, à l'épanchement péritonéal dont nous nous occupons, cette méthode de traitement? La chose est possible, mais nous croyons que les faits seuls peuvent donner à cette question une solution satisfaisante, et qu'en les attendant il est sage de ne pas se prononcer (1).

(1) Nous avons lu, dans le *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, une observation de M. Rul-Ogez, où les injections iodées dans la cavité péritonéale ont procuré la guérison d'une ascite ancienne. On en rencontre peu d'autres exemples dans les annales de l'art. Nous avons conjointement avec le docteur Focquet, de Mariembourg, tenté cette médication contre une ascite ancienne et considérable; nous n'en avons retiré aucun avantage.

CHAPITRE CINQUIÈME.

MÉTRO-PERITONITE PUERPÉRALE.

« La métrite des femmes en couches est si communément accompagnée de péritonite, dit Dugès (1), qu'on ne peut guère isoler utilement, pour l'étude et surtout pour l'application, les cas simples des compliqués. » Nous sommes loin de partager les opinions de cet auteur, non-seulement parce que la pratique offre de temps en temps des métrites ou des péritonites simples, mais encore parce que le tableau des symptômes respectifs de ces deux affections est bien mieux dessiné lorsqu'il est pris dans l'état isolé; alors aussi leur marche et leur terminaison sont mieux caractérisées, leur valeur prognostique plus facile à établir, et leurs indications thérapeutiques bien plus positives.

Il est facile de concevoir (et les faits sont là qui en donnent une sanction évidente) que l'adjonction à la métrite d'une péritonite plus ou moins étendue et intense devra apporter dans les symptômes de la phlegmasie utérine une telle modification que le tableau qui en résultera, offrira avec celui de la métrite isolée une différence tranchée; l'on peut en dire autant de l'union de la métrite à la péritonite. En comparant ce que nous avons dit de ces deux maladies, dans leur description particulière, avec ce que nous allons dire de la métro-péritonite, le lecteur saisira facilement cette différence, et il verra combien il est utile et avantageux de donner d'abord la description séparée de chacune de ces affections, pour donner ensuite celle des deux réunies ; c'est en allant du simple au composé, du connu à l'inconnu, que l'on marche d'un pas sûr et tranquille dans une voie qui, prise à rebours, mène à la confusion, et à l'obscurité : c'est en suivant la marche que nous venons de tracer, que l'on débrouille, dans ces cas compliqués, la part pathologique et thérapeutique qui appartient à chacune des maladies réunies.

Nous entendons par métro-péritonite puerpérale la métrite et la périto-

(1) *Dict. de méd. et de chir. prat.*, édition Belge, page 1149.

nite puerpérales réunies, ou la phlegmasie franche de l'un et l'autre organe à la fois. Nous réservons le nom de fièvre puerpérale avec métrite, avec péritonite, ou avec métro-péritonite, pour les cas où l'une ou plusieurs de ces phlegmasies entre comme élément anatomique de cette affection pyrétique.

Les causes que nous avons assignées à la métrite et à la péritonite puerpérales séparées, sont aussi celles de la métro-péritonite; ainsi l'époque des couches est proprement celle du développement de cette maladie. L'état puerpéral doit donc être considéré comme la première de toutes les causes prédisposantes, bien qu'on ait observé cette affection pendant la grossesse, même pendant l'état de vacuité.

L'état anatomique de l'utérus et du péritoine; l'augmentation de leur vitalité, de leur action; le développement de leurs capillaires sanguins, leur perméabilité augmentée; leur augmentation de capacité, d'étendue, de volume, de poids; l'influence réciproque que l'on remarque entre les fonctions péritonéales et utérines, et celles de la peau et des seins; l'état du sang des nouvelles accouchées; sont autant de causes qui prédisposent à la métro-péritonite, et que nous avons aussi vu être causes prédisposantes de ces deux phlegmasies séparées.

Les causes occasionnelles de la métrite et de la péritonite séparées peuvent aûssi devenir l'occasion du développement de la métro-péritonite: ainsi, les contusions, les éraillements de l'utérus; l'inflammation de la matrice ou du péritoine avant ou pendant le travail de l'accouchement; un travail pénible, prolongé, celui d'une première couche surtout; l'avortement provoqué, en ont été souvent causes : la maladie s'est montrée surtout grave et mortelle, quand l'avortement était résulté de tentatives criminelles avec blessure de l'organe gestateur.

Il est aussi des opérations d'un autre genre qui ont souvent des effets analogues, quelque nécessaires, quelque bien dirigées qu'elles soient, comme le tamponnement dans les hémorragies qui précèdent l'accouchement; les injections froides ou styptiques, l'application des réfrigérants sur l'hypogastre et les cuisses dans celles qui le suivent, le lever prématuré; le défaut de soins hygiéniques après la délivrance; le séjour dans l'utérus de caillots sanguins, de quelques portions de placenta ou de mem-

Marche variable, mais uniforme; tantôt assez lente et avec diminution graduelle des symptômes après une durée de huit, quinze à vingt jours : parfois même elle est supprimée en peu de jours par un traitement énergique. Plus grave et plus opiniâtre, elle offre, après huit ou quinze jours de phénomènes inflammatoires, une période de collapsus ou d'adynamie qui coïncide avec l'épanchement séro-purulent dans le péritoine, amenant la mort au bout de quelques jours; quelquefois enfin, marchant avec une effrayante rapidité, elle enlève la malade en très-peu de temps, au milieu d'un délire furieux ou d'atroces douleurs accompagnées d'un énorme ballonnement du ventre, de vomissements, de borborygmes continuels, etc. L'agonie est souvent, en pareils cas, assez prolongée, mais sans symptômes typhoïdes; la connaissance reste complète, le pouls s'affaiblit graduellement, et un froid universel s'empare de la malade, en commençant par les extrémités des membres, le nez, les oreilles.

Lorsque la métro-péritonite marche moins vite vers un terme funeste, à la période vraiment inflammatoire en succède une qu'on pourrait appeler adynamique, dans laquelle les forces baissent, le pouls devient petit, fréquent, serré, la face pâle; il y a des vomituritions, de la diarrhée, un léger sub-délirium; mais point de fuliginosités, de fétidité dans les évacuations, de prostration véritable, ni de perte complète de connaissance, en un mot point de vrais symptômes typhoïdes, mais seulement l'épuisement qui se voit dans la deuxième période de toute inflammation grave et mortelle.

Il est certains cas, bien rares d'ailleurs, qu'il serait fort difficile de ramener à la métro-péritonite puerpérale franchement inflammatoire, ou à la fièvre puerpérale avec métro-péritonite : ce sont ceux d'une maladie foudroyante et qui tue dès la première douleur, dans le frisson d'invasion, par exemple, comme on le voit parfois dans de meurtrières épidémies.

La métro-péritonite peut se compliquer avec l'inflammation des trompes et de l'ovaire; ce qui rend plus vives les douleurs inguinales et aggrave le prognostic.

La pleurésie, la pneumonie, la péricardite, sont des accidents qui peuvent compliquer la métro-péritonite; ces complications n'offrent pas toujours une symptomatologie tellement caractéristique que, parfois, elles sont

restées méconnues, et que l'autopsie seule en a révélé l'existence; mais c'est là une rare exception; bien plus communément ces affections révèlent leur existence par des symptômes locaux et, aussi, par un trouble fonctionnel plus ou moins prononcé dans les fonctions du cœur ou des poumons.

Quant aux abcès qui se montrent aux aînes, aux reins, à l'hypogastre, etc., et qu'on a souvent considérés comme dus à une métrite suppurée, ils dépendent fréquemment d'une extension de l'inflammation de l'utérus au tissu cellulaire du bassin, surtout des ligaments larges, des fosses iliaques; mais disent Boivin et Dugès (1), pour avoir eu dans l'utérus leur point de départ, ces abcès n'en sont pas moins étrangers à la vraie métrite. Des déchirures incomplètes, disent-ils, en sont quelquefois l'origine, et ces déchirures ont servi ensuite à la formation d'une fistule qui transmettait le pus au dehors par la voie du vagin.

Mais une complication bien plus commune et plus évidemment digne de ce nom, est celle de l'état bilieux ou gastrique, fièvre bilieuse des anciens auteurs, avec la phlegmasie qui nous occupe. Elle se reconnaît aux vomissements bilieux, à l'amertume de la bouche, à l'enduit jaune ou blanc de la langue, à la teinte ictériforme de la peau, aux borborygmes, etc.; et c'est dans des cas de cette nature, cas où l'état gastrique peut agir comme cause prédisposante ou aggravante, que l'ipécacuanha a pu produire de si heureux résultats.

Dans la description que nous avons donnée de la métrite et de la péritonite, nous nous sommes longuement étendu sur le danger inhérent à ces affections, considérées isolément. Nous avons dit que l'une et l'autre, à l'état puerpéral, offraient beaucoup de gravité : nous nous bornerons, d'après cela, à dire que, dans la même circonstance, le prognostic des deux affections réunies doit encore être plus grave : et la chose se conçoit facilement, car si, prises isolément, le prognostic de l'une est représenté par A, celui de l'autre par B, celui de la métro-péritonite sera représenté par $A + B$.

C'est surtout de nos jours qu'on a acquis sur cette maladie des notions

(1) Ouvrage cité, tome II, page 29.

précises qui manquaient à nos prédécesseurs; on les doit surtout aux recherches minutieuses et attentives de l'anatomie pathologique et de la chimie organique. Déjà nous avons décrit les lésions nécroscopiques que laisse à sa suite la métrite puerpérale; nous en avons fait autant des lésions qui se rattachent à la péritonite. Or, la réunion des deux affections ne changeant en rien les caractères de ces lésions, nous nous contenterons de dire que, outre la rougeur du péritoine, les épanchements séro-purulents, les couennes fibrineuses qu'on trouve dans la cavité de cette membrane, et notamment sur l'utérus et ses annexes, on a reconnu que tantôt la matrice même offrait, à l'intérieur, des fausses membranes adhérentes, ou un enduit puriforme, ou bien dans son épaisseur même du pus infiltré ou réuni en foyer; quelquefois ce pus se rencontre dans ses veines ou ses lymphatiques; que tantôt ce viscère est seulement tuméfié, ramolli, parfois facile à déchirer dans toute son épaisseur; plus souvent ainsi altéré du côté de la cavité, et comme réduit en putrilage dans une partie de son épaisseur. « Cette dernière altération bien différente de la gangrène, dit Dugès (1), qui est toujours partielle et assez rare, s'est surtout rencontrée dans les épidémies de fièvre puerpérale grave. »

Nous nous sommes longuement étendu sur la nature de la métrite et de la péritonite puerpérales, prises isolément. La réunion de ces deux affections n'y apporte pas de changement; de sorte que nous aurons peu de chose à dire sur ce sujet.

La métro-péritonite puerpérale est donc, en général, une inflammation franche et aiguë de la matrice et du péritoine. Elle est bien différente de cette métro-péritonite formant un des éléments de la fièvre puerpérale; ici non-seulement les caractères sont bien différents, mais encore la composition du sang, dans l'un et l'autre cas, établit une ligne de démarcation presqne constante, et, par conséquent, essentielle. Car la différence symptomatique n'est pas toujours si prononcée, tellement tranchée, qu'elle soit, dans tous les cas, facile à saisir. Plus d'une fois ces caractères distinctifs ont été effacés ou si peu saillants, que des praticiens instruits se sont trouvés

(1) Ouvrage cité, page 1449.

dans l'incertitude, et n'ont admis telle ou telle nature de la maladie que d'une manière douteuse. Cependant un pareil état d'incertitude peut donner naissance à une thérapeutique pernicieuse, que l'on ne peut guère éviter que par une connaissance exacte de la nature véritable de l'une ou l'autre de ces affections. Or, il est un moyen certain de lever tous ces doutes, de trancher ces difficultés, c'est d'analyser le sang de la femme malade. Nous avons vu que dans la phlegmasie isolée et franche du péritoine et de l'utérus, cette analyse démontrait une élévation plus ou moins considérable du chiffre de la fibrine; en traitant de la fièvre puerpérale nous verrons que les mêmes expériences donnent au contraire un abaissement plus ou moins prononcé du chiffre de cet élément. Cette différence presque constante forme le principal, le plus important des caractères différentiels de ces affections.

D'après ce que nous avons dit du traitement de la métrite et de la péritonite, prises isolément; d'après ce que nous venons de dire de la métro-péritonite, il est clair que les principales indications consistent dans l'emploi des émissions sanguines plus ou moins abondantes et réitérées. Lorsque la métrite prédomine, et qu'il n'existe pas de contre-indication, c'est à la saignée spoliative du bras qu'il convient d'avoir recours : on proportionne la quantité de sang à tirer à l'intensité de l'inflammation et de la fièvre, à la période de la maladie, à la constitution et aux forces de la malade, etc. La saignée peut être réitérée une ou plusieurs fois selon les effets qu'elle produit, la manière dont la malade la supporte, etc. Toujours est-il que lorsqu'elle sera jugée nécessaire, c'est plutôt à la saignée du bras que du pied que l'on devra recourir; cette préférence est motivée sur ce que l'état puerpéral dispose à la *phlegmatia alba dolens,* et que cette prédisposition, aidée de l'état variqueux si fréquent des veines des extrémités inférieures chez les nouvelles accouchées, pourrait bien n'avoir besoin, pour donner lieu au développement de la maladie, que du secours d'une cause occasionnelle même légère, telle que la solution de continuité faite par la lancette. Joignez à ce qui précède que ces espèces de plaies sont bien plus douloureuses aux pieds qu'aux bras; que là elles sont bien plus longtemps à se guérir; que

souvent cette guérison ne s'obtient pas par première intention ; que fréquemment elles s'enflamment et suppurent quelques jours avant de se cicatriser; et que cette circonstance qui, chez la femme à l'état normal, dispose à la phlébite et à la résorption purulente, y dispose bien davantage pendant l'état puerpéral.

Si, du reste, dans certaines aménorrhées où le sang n'est altéré ni dans ses éléments ni dans sa quantité ; où le défaut de règles est le résultat d'un défaut de mouvement fluxionnaire du sang vers l'organe utérin ; si, dans cette circonstance, une saignée du pied a souvent suffi pour déterminer la fluxion utérine et rappeler l'écoulement menstruel, (ce que nous avons observé plusieurs fois), il est rationnel d'admettre avec le célèbre Lisfranc que, dans la métrite comme dans la métro-péritonite, la saignée du pied est plutôt nuisible qu'utile en raison de la congestion utérine qu'elle provoque. Il existe une loi thérapeutique, appuyée sur une masse imposante de faits, d'après laquelle les évacuations sanguines, pratiquées sur les membres inférieurs ou sur l'une des régions sous-diaphragmatiques, tendent à attirer vers ces parties le sang des régions sus-diaphragmatiques, et *vice versâ ;* cette loi commande donc de pratiquer la saignée à l'un ou à l'autre des bras.

« A moins que le péritoine ne soit enflammé, dit Lisfranc (1), je rejette les évacuations sanguines locales, dans le traitement de la métrite, 1° parce que la saignée générale est préférable quand il s'agit des organes parenchymateux ; 2° parce que, posées même en grand nombre autour du bassin, les sangsues y occasionnent fréquemment des congestions de sang à cause de l'habitude qu'a contractée ce liquide de se porter vers ce point ; ces congestions se font surtout observer lorsque l'on est obligé de réitérer l'application des anhélides. D'ailleurs, j'ai fait à l'hôpital de la Pitié un très-grand nombre d'expériences comparatives sur le point thérapeutique litigieux qui nous occupe, et j'ai montré qu'une immense supériorité appartenait à la phlébotomie ; elle est répétée un plus ou moins grand nombre de fois selon l'intensité de la maladie et suivant la constitution du sujet. »

(1) *Clin. chirur.*, tome II, page 618.

« On a pratiqué, dit le même auteur, d'abord au bras la saignée spoliative, et puis l'on a recours à la dérivative qui est de trois, quatre ou six onces ; elle est d'un grand avantage ; elle attire le sang dans les régions sus-diaphragmatiques. »

« On met, dit-il, alternativement en usage les saignées générales et locales contre la métro-péritonite. Mais si la péritonite prédomine, si les symptômes de la métrite sont peu prononcés, peu intenses, les saignées du bras ne doivent plus être employées si fréquemment, ni être si abondantes ; c'est alors que convient surtout l'emploi des sangsues en grand nombre appliquées sur un point du ventre si lá péritonite semble localisée, et disséminées sur l'abdomen si la péritonite est générale. Le nombre des saugsues et le nombre de leur application est subordonné aux forces de la malade, à l'état de son système sanguin, à l'acuité et à l'intensité de la maladie. Quelques auteurs conseillent les ventouses ; mais, en général, telle est la sensibilité de l'abdomen que souvent les couvertures sont insupportables et qu'on doit les soutenir avec un cerceau : comment supposer que l'emploi de ventouses sur cette région soit supportable ? »

Les bains entiers chauds et prolongés, autant que le permettent les forces du sujet, sont très-avantageux ; mais, dans les cas graves, lorsque la douleur est très-forte, le transport de la malade, la difficulté de la placer convenablement dans une baignoire, forcent souvent de renoncer à ce puissant moyen.

On a préconisé les bains de siége ; beaucoup de praticiens les emploient ; s'ils sont chauds, ils attirent le sang dans le bassin ; ils y produisent des congestions sanguines qui aggravent la phlegmasie ; on doit donc les rejeter.

On met en usage les cataplasmes émollients ; ils sont entre deux linges fins, ou mieux encore dans de la gaze ; on les arrose avec du laudanum de Sydenham. Mais il est fort rare que ce moyen soit toléré dans la métro-péritonite ; le poids du topique occasionne ordinairement trop de douleur. Alors on peut le remplacer par les fomentations de même nature, auxquelles on associe les décoctions de morelle, de ciguë, etc., qui sont quelquefois employées seules. Comme nous l'avons dit ailleurs, ces cata-

plasmes et ces fomentations seront en général peu chauds; leur température trop élevée détermine ordinairement des congestions sanguines; afin qu'ils ne se refroidissent pas on les couvre avec de la flanelle sèche, par-dessus laquelle on place du taffetas ciré. Quand la douleur est si violente que la malade ne peut supporter le poids de ses couvertures, même de sa chemise, alors on substitue aux fomentations des onctions d'huile d'olive ou d'amande douce faites très-légèrement avec les barbes d'une plume.

On pratique dans le vagin des injections faites avec des décoctions émollientes ou narcotiques : si l'introduction du bout de l'instrument, si la projection du liquide et son séjour occasionnent de la douleur, il faut nécessairement y renoncer; on recommande d'ailleurs très-spécialement de ne faire pénétrer l'extrémité olivaire de la canule en gomme élastique qu'à deux pouces environ de profondeur, et encore faut-il prendre en considération le prolapsus de la matrice. Les injections sont tempérées, presque froides, c'est-à-dire que le contact du liquide sur les membranes muqueuses génitales ne doit produire ni la sensation du froid, ni celle de la chaleur; on fait d'abord ces injections pour nettoyer le canal utéro-vulvaire; ensuite, afin qu'elles puissent séjourner et qu'elles établissent un bain local très-avantageux, on relève le bassin, que l'on soutient à l'aide d'un oreiller; on le met dans une attitude telle que sa partie inférieure ne devienne le point moins déclive; on laisse séjourner le liquide ordinairement pendant un quart d'heure; on peut revenir à son usage si la malade s'en trouve bien, trois ou quatre fois par jour : les lotions émollientes ou narcotiques, dont la température est celle des injections, ne sont pas négligées.

Les boissons seront adoucissantes, émulsionnées, acidules, froides autant que possible. La diète est plus ou moins sévère suivant l'intensité de l'inflammation et l'idiosyncrasie des sujets.

S'il existe des vomissements, on les combat par les moyens que nous avons fait connaître en traitant de la péritonite simple.

Quant à la méthode de Doulcet, c'est-à-dire l'emploi des vomitifs et des purgatifs au début, elle ne peut rendre de grands services que dans les épidémies bilieuses, et ne peut que rarement convenir dans la métro-péri-

tonite franchement inflammatoire; en effet, si l'on met en balance d'une part les bénéfices que la malade peut en retirer soit par l'évacuation de l'humeur muco-bilieuse qui peut se trouver en excès dans le foie et dans la cavité gastro-intestinale, soit la modification qu'il peut apporter dans l'état actuel des propriétés vitales et des fonctions de ces parties, soit les modifications qui en résultent dans l'action vitale des organes avec lesquels ils sont en contact ainsi que dans celle des organes qui sont éloignés, malades mêmes; d'autre part, l'irritation qu'ils peuvent occasionner dans l'estomac et les intestins, complication à laquelle dispose déjà la maladie existante et qui se développe assez souvent sous sa seule influence; les secousses qu'ils occasionnent, qui font cruellement souffrir et aggravent la maladie à tel point que tous les auteurs qui se sont spécialement occupés de ce sujet, qui ont été à même d'observer la métro-péritonite puerpérale avec vomissements plus ou moins forts et répétés, ont tous cherché et indiqué des moyens propres à combattre ce phénomène qui, quoique généralement sympathique, a été reconnu très-nuisible par les secousses qu'il occasionne à la malade, que le moindre mouvement fait cruellement souffrir; on sera porté à rejeter presque exclusivement cette méthode incendiaire et à la laisser pour la fièvre puerpérale.

Nous n'en dirons pas autant des purgatifs, surtout de l'huile de ricin ou du calomel préparé à la vapeur; s'il n'existe aucun signe d'irritation gastro-intestinale, s'il y a quelques symptômes d'embarras gastrique ou intestinal, s'il y a surtout constipation, ces agents thérapeutiques peuvent rendre de grands services.

Doit-on donner des lavements dans le cas de métrite aiguë ou de métro-péritonite? Telle est la question que se pose Lisfranc (1); voici la solution qu'il en donne : « Beaucoup d'auteurs gardent le silence sur ce moyen : on pense généralement qu'il est nuisible, parce que la présence du liquide dans les intestins les distend, comprime la matrice et occasionne beaucoup de douleurs; mais ce médicament est puissant; il serait bien important de pouvoir l'employer; chez la femme, le péritoine est situé à six pouces de

(1) Ouvrage cité, page 623.

l'orifice inférieur du rectum : l'utérus est ordinairement à une égale distance de l'extrémité inférieure du canal utéro-vulvaire : ainsi donc n'est-il pas possible d'introduire et de laisser séjourner dans le dernier intestin 1/8 ou ou bien 1/8 de lavement presque froid sans occasionner les inconvénients que nous venons de signaler? L'anatomie et le raisonnement font pencher pour l'affirmative, et l'expérience démontre que, dans un très-grand nombre de cas, une petite quantité de décoction émolliente, ingérée dans la partie inférieure du canal intestinal, est très-facilement tolérée : d'ailleurs on fait un essai, à moins que la phlegmasie ne soit excessivement vive; l'on voit aussitôt que le liquide commence à pénétrer, s'il augmente les douleurs ou bien s'il les produit. »

Lorsque les douleurs sont très-vives, on administre les narcotiques, surtout par la bouche : ils réussissent mieux quand déjà on a pratiqué des émissions sanguines. Lorsque ces moyens sont indiqués, si les lavements sont supportés, on ajoute à ceux-ci un peu de laudanum. C'est alors, surtout, qu'il convient aussi d'arroser les cataplasmes de la même substance, de la mélanger à l'huile d'olive ou d'amande douce qu'on peut employer en frictions. L'absorption est si faible dans le vagin, ainsi que l'ont démontré les expériences de Lisfranc, qu'il est inutile d'unir les narcotiques à la matière des injections.

Quand les saignées ont échoué, généralement on a recours aux révulsifs. Il est des auteurs qui ont préconisé l'emploi de la pommade d'Authenriett sur l'abdomen ; mais si l'on réfléchit à l'état de laxité de la peau du ventre chez les nouvelles accouchées ; à l'excessive douleur qui résulte de l'éruption stibiée, à la fièvre qu'elle occasionne et que, par conséquent, elle augmente si déjà elle existe ; au retentissement de l'inflammation artificielle de la peau du ventre sur la phlegmasie métro-péritonéale, on verra qu'il est à craindre de recourir à ce révulsif. On a aussi conseillé d'appliquer un exutoire à la partie interne et supérieure de l'une des cuisses ; mais devrait-on ignorer que toute irritation produite sur ce point peut facilement, dans l'état de santé, occasionner une congestion sanguine sur l'utérus, sur ses dépendances, et même produire les règles? Pourquoi n'en serait-il pas ainsi lorsque la matrice est affectée d'une inflammation, ou quand cette inflammation s'est

propagée au péritoine? Le raisonnement démontre la vérité de cette proposition, que l'expérience sanctionne dans la plupart des circonstances. Il est donc avantageux de mettre le vésicatoire au bras, où il établira une révulsion très-utile. Mais il est à craindre que ces révulsifs n'agissent au bénéfice de la phlegmasie, si celle-ci ne commençait déjà à décliner, ou si elle n'était pas à son summum d'intensité depuis cinq à six jours.

Chaussier préconisait les bains de vapeur; ce n'est guère qu'au début qu'on pourrait user avec avantage de ce moyen, qui est bien propre à diminuer la durée du frisson si celui-ci est intense et long, à diminuer la fièvre subséquente, et à procurer des sueurs avantageuses. Ne pourrait-on recourir aussi à cette puissante médication révulsive, lorsque l'état de l'individu et de la maladie permettent d'employer la révulsion?

Vandenzande, et après lui Velpeau et beaucoup d'autres autorités gynécologues ont employé les frictions mercurielles avec avantage, concurremment avec ou après les antiphlogistiques. Nous avons fait connaître, dans les faits que nous avons relatés, la méthode à suivre et la quantité d'onguent à employer. Nous avons aussi fait connaître la méthode de M. Serre d'Uzès. Nous ne nous étendrons sur la valeur et le mode d'action de cette médication qu'en traitant de la fièvre puerpérale. Nous avons aussi rapporté des faits qui prouvent l'utilité de l'emploi du carbonate de potasse dans le traitement de la métro-péritonite puerpérale. Nous ne discuterons non plus la valeur et le mode d'emploi de ce moyen, qu'en traçant le traitement de la pyrexie précitée.

« La femme, dit Lisfranc, est couchée dans la position presque horizontale; on la couvre peu dans la crainte de fluxionner les organes abdominaux, et surtout les organes génitaux; le bassin est un peu plus élevé que le tronc; on favorise ainsi la circulation dans les veines qu'il renferme, et la matrice n'étant plus soumise à son propre poids ne tiraille pas ses ligaments et n'est pas tiraillée par eux; ces moyens concourent beaucoup à diminuer l'irritation et à calmer les souffrances. Le lit est composé d'une paillasse et d'un matelas de crin. »

Nous avons dit, en donnant le traitement de la péritonite puerpérale, que, dans certains cas de collection séro-purulente (ascite) dans la cavité

péritonéale, suite de péritonite aiguë devenue chronique ou asthénique, on avait conseillé les injections iodées comme moyen curatif, mais que, avant de se prononcer sur la valeur réelle de ce moyen, il fallait attendre des faits. Je viens de lire, dans le *Journal de la Société de médecine de Bruxelles,* n° de mars 1848, page 230, un article extrait du *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique,* où M. Rul-Ogez cite un cas d'ascite asthénique chez un enfant de sept ans, traité avantageusement par les injections iodées. « Des essais timides, dit ce praticien distingué, de médication directe sur le péritoine ont été institués dans ces derniers temps : ainsi en 1831 et 1832, à Louvain, nous avons fait avec MM. Craninx et Van Roosbroeck, des injections dans le péritoine avec le gaz protoxyde d'azote, suivies de résultats divers, le plus souvent avec grand avantage pour les malades; des succès inespérés même ont couronné nos tentatives. M. Vivielle dit avoir guéri un cas d'ascite par des injections d'eau tiède dans la cavité péritonéale. Le docteur L'homme a guéri un ascite chronique par l'introduction de vapeurs vineuses dans l'intérieur de la cavité du péritoine. Tout récemment je viens de lire que M. Leriche, de Lyon, a obtenu le même résultat que moi, chez une jeune fille, par l'injection iodée dans le péritoine, à la suite de l'opération de la paracentèse. »

Comme la rétention du placenta dans l'utérus, par suite de la contraction spasmodique du col de ce viscère, peut devenir cause de métrite et de péritonite isolées, de même que de métro-péritonite, nous avons décidé de citer ici notre opinion thérapeutique sur ce sujet.

J'ai eu l'occasion de rencontrer quatre cas de rétention du placenta dans l'utérus par suite de la contraction spasmodique du col de l'organe. Dans l'un de ces cas, l'avortement avait eu lieu à quatre mois, il me fut impossible d'introduire mon doigt dans l'utérus pour en extraire l'arrière-faix; ce corps n'en est jamais sorti (à moins que la femme ne s'en serait pas aperçue). Les lochies ont duré longtemps, mais sans avoir jamais d'odeur; de temps en temps seulement il est survenu des lochies sanguines abondantes et momentanées; du reste la femme s'est bien rétablie. Y a-t-il eu ici résorption du placenta? Dans le second cas, je ne vis la femme que le sixième jour après l'accouchement; elle avait éprouvé une métrorragie violente;

cordons des tractions qui en avaient occasionné la rupture; qu'ayant ensuite essayé d'introduire la main dans l'utérus pour en extraire l'arrière-faix, il avait été arrêté par un resserrement spasmodique du col; qu'alors il avait abandonné la femme en la confiant à la garde-couche, disant à celle-ci que la délivrance s'opérerait spontanément, que, du reste, il l'aiderait en lui faisant prendre le seigle ergoté, ce qu'il fit pendant deux fois vingt-quatre heures. Mais ici, comme dans le cas précédent, l'action de ce remède se porta sur la partie contractée dont elle augmenta le resserrement: de sorte que le placenta est resté dans l'utérus et s'y est putréfié; on s'est contenté de faire des injections vaginales. Le dix-septième jour des couches, une portion assez considérable d'arrière-faix en putréfaction fut expulsée spontanément; mais la malade épuisée a succombé le dix-neuvième jour.

Les faits précédents nous ont appris une chose importante, c'est que l'action du seigle ergoté se faisant particulièrement sentir sur la partie contracturée, il en résulte que son administration, dans le resserrement spasmodique du col utérin, favorise cet accident et, par conséquent, est fort dangereuse.

Ainsi, dans les faits qui précèdent, nous avons vu une fois la nature se suffire à elle-même; une deuxième fois, et lorsque le spasme du col utérin était disparu, l'ergot de seigle a procuré la guérison, et, dans les deux autres cas, les moyens habituels ont échoué. C'est en méditant sur cette grave circonstance qu'il nous est venu l'idée d'établir un rapprochement entre la contraction spasmodique du col de l'utérus et celle du col vésical. Ici, l'introduction de la sonde est un moyen héroïque pour soulager promptement et même pour guérir; mais il n'arrive pas toujours que, de prime abord, la sonde puisse pénétrer; dans ce cas, l'introduction de l'algalie jusqu'à ce que l'extrémité de son bec arrive en contact avec la partie resserrée, le séjour de cet instrument dans cette position pendant un temps plus ou moins long, ne tarde pas à diminuer la coarctation et à permettre d'abord le passage d'une sonde d'un numéro très-bas, mais que l'on peut de jour en jour, et même plus souvent, remplacer par une sonde d'un numéro plus élevé. Sous l'influence de ce seul moyen, j'ai vu plus d'un accident semblable disparaître en peu de temps. Je me suis demandé si, par une

conduite semblable, l'on n'obtiendrait pas des résultats analogues dans le resserrement spasmodique du col de l'utérus avec rétention de l'arrière-faix dans la cavité utérine ; et, bien que je n'aie pas encore eu occasion de mettre ce procédé en pratique, je crois qu'on pourra en retirer de grands avantages. Ainsi, lorsqu'il existerait une contraction spasmodique du col de l'utérus telle qu'elle ne permettrait pas même l'introduction du bout du doigt, que ce col serait dur, que le placenta serait encore renfermé dans l'utérus, même quand il n'existerait pas encore d'accident et dans la vue de les prévenir, je n'hésiterais pas à tenter l'introduction, dans le col de la matrice, d'une sonde enduite d'extrait de belladone et d'un faible calibre, que je laisserais séjourner plus ou moins longtemps selon les circonstances, et qu'ensuite je remplacerais par une sonde de plus en plus grosse jusqu'à ce que le col fût ramolli, entr'ouvert, et permettrait l'introduction du doigt; dès lors je remplacerais les moyens artificiels par l'introduction d'un, puis de deux, trois doigts, enfin de la main s'il y a nécessité, et je procéderais ainsi à la délivrance artificielle.

CHAPITRE SIXIÈME.

DE LA LYMPHANGITE UTÉRINE PUERPÉRALE.

Les vaisseaux et les ganglions lymphatiques sont susceptibles des mêmes genres de maladie que les autres systèmes organiques, et les divers appareils à la composition desquels concourent ces systèmes ou tissus générateurs, comme le disait Bichat. Toutefois, il faut convenir que, malgré les travaux de nos prédécesseurs et les recherches de nos contemporains, la pathologie du système lymphatique est l'une des parties de la science qui laisse le plus à désirer, soit qu'il s'agisse de la partie contenante de ce système (ganglions et vaisseaux), soit qu'il s'agisse de la partie contenue (lymphe). Et ce que nous disons de la pathologie de ce système ne s'applique malheureusement qu'avec trop de justesse à son

anatomie et à sa physiologie, lesquelles doivent néanmoins beaucoup aux travaux des Hewson, des Hunter, des Kruiksank, des Monro, des Mascagni, des Dupuytren, des Magendie, etc.

Un médecin contemporain recommandable, le docteur Alard, a essayé de placer le siége des maladies en général dans le système lymphatique. Justice un peu sévère a été promptement faite d'une manière de voir aussi exclusive. Plus tard M. Broussais, dans son *Histoire des phlegmasies chroniques,* fit jouer un rôle important au système lymphatique dans la production des lésions anatomiques qu'entraînent à leur suite plusieurs inflammations chroniques.

Depuis que la physiologie et la pathologie du système veineux ont fait de si grands et de si heureux progrès, plusieurs phénomènes normaux et anormaux, dont nos prédécesseurs avaient placé le siége primitif ou le point de départ dans le système lymphatique, relèvent au contraire du système veineux. Le docteur Alard a beaucoup attribué à l'influence que l'altération de la lymphe peut avoir sur la production des maladies; plus tard on a rejeté, peut-être trop exclusivement, la part que peut y prendre cette altération. Enfin il est vrai de dire que, pour l'anatomiste, les altérations soit de la lymphe, soit des vaisseaux qui la contiennent, sont très-rares, et n'ont guère de rapport de nature avec celles qui ont été décrites dans les livres de médecine spéculative. L'appareil de circulation de la lymphe présente en outre des organes nombreux (ganglions lymphatiques) dont la structure et les fonctions sont encore bien peu connues, mais dont les maladies, appréciables par l'anatomie, sont beaucoup plus communes que celles des vaisseaux lymphatiques eux-mêmes.

Je sais que presque tous les cas de lymphangite utérine connus ne sont pas simples; que, généralement ils sont liés à la phlébite utérine, à la métrite, à la péritonite, ou à la métro-péritonite. Et pourquoi n'en serait-il pas ainsi de l'inflammation de ce système dans l'intérieur de nos organes? Lorsqu'une phlegmasie vient à se manifester dans les vaisseaux lymphatiques sous-cutanés ne la voyons-nous pas s'étendre au tissu cellulaire ambiant, et, par contiguïté, au tissu cutané lui-même? N'observe-t-on pas la

La suppuration des vaisseaux lymphatiques à la suite de l'accouchemen
st une lésion dont l'étude appartient à notre siècle. Les progrès de l'ana
›mie pathologique, le soin que l'on apporte dans l'examen des différen
ssus qui constituent les organes firent découvrir cette altération, qu'il es
ıcile de méconnaître lorsqu'on ne la recherche pas avec soin.

Sur trente-six cas où du pus se rencontra dans le système lymphatiq
e l'utérus, une seule fois Duplay a vu cette lésion exister sans qu'il y
ıt trace de suppuration ailleurs. Tonnelé a rencontré la même chose deux
›is, et six fois avec ramollissement de la matrice sans suppuration.
ruweilhier a observé une fois la suppuration des lymphatiques seule.

Il résulte de ces relevés, qui portent sur quatre-vingt-un cas, que la sup
uration des lymphatiques a presque toujours existé avec la suppuration
u péritoine, de l'utérus et de ses annexes, mais il en ressort aussi ce fait
on moins important, c'est que sept fois cette suppuration des vaisseaux
'mphatiques a existé avec de simples ramollissements, et que trois fois
lle a eu lieu sans aucune lésion concomittente. Aussi, en présence de
es résultats, deux questions se présentent tout naturellement à l'esprit :
° La suppuration des vaisseaux lymphatiques est-elle un phénomène d'ab-
›rption? 2° Ou bien est-elle le produit d'une phlegmasie de ces vaisseaux?
ous examinerons ces questions plus loin, lorsque nous nous occuperons
e la nature de la maladie, que nous allons d'abord étudier sous le rapport
ıiologique et symptomatique, etc.

Quoique bien des circonstances concourent à rendre obscures les causes,
es symptômes, la nature et le traitement de la lymphangite utérine puer-
érale, soit parce que ces vaisseaux sont éloignés et soustraits à tous nos
ıoyens d'investigation ; soit parce que rarement l'altération des vaisseaux
'mphatiques existe seule, qu'elle s'accompagne, dans la grande majorit
es cas, d'autres lésions qui, par leur nature, leur étendue, les symptôm
u'elles provoquent, masquent l'altération des vaisseaux lymphatiques; s
arce que généralement la suppuration des lymphatiques utérins peut l
'être par une maladie à part, que souvent elle est la conséquence d'a
ıaladies du péritoine, de l'utérus ou de ses annexes, soit que, quelqu
ette suppuration n'étant qu'un phénomène d'absorption, les malade

combent dans la plupart des cas à la maladie primitive, et avant que la présence du pus dans le système lymphatique ait eu le temps de se révéler par des symptômes propres; cependant il ne répugne pas à la physiologie pathologique d'admettre que ce tissu, que cette partie constituante de l'utérus, ne puisse devenir malade primitivement, aussi bien que les veines, les nerfs, le tissu parenchymateux, muqueux ou séreux. Pourquoi n'en serait-il pas ainsi dans quelques circonstances? La composition élémentaire et anatomique de ce tissu; les fonctions qu'il est appelé à remplir; ses propriétés vitales et de tissu; son indépendance au milieu des organes qu'ils traversent; les causes de maladies auxquelles il est exposé pendant la gestation, pendant et après l'accouchement; les lésions du même système à la périphérie du corps, tout concourt à admettre la possibilité de l'altération primitive des vaisseaux lymphatiques de l'utérus pendant l'état puerpéral. Que les faits manquent pour prouver la réalité de ce que nous avançons, c'est une chose réelle; mais si, sous ce rapport, aussi bien que sous le rapport des autres circonstances pathologiques inhérentes à la lymphangite utérine, la science laisse encore beaucoup à désirer, ne désespérons pas que, maintenant que l'attention des gyncéologues est attirée vers ce genre de recherche, la science ne parvienne tôt ou tard à s'enrichir de découvertes susceptibles de lever le voile qui couvre encore ce genre de lésion. Naguère aussi la pathologie d'un autre système très-important de l'utérus était encore sous le voile de l'ignorance : en effet, dans le commencement de notre siècle, les connaissances relatives à la phlébite utérine étaient encore fort bornées; elles n'étaient pas plus avancées que ne le sont aujourd'hui les altérations lymphatiques du même organe; et, depuis vingt à trente ans, quand on réfléchit au pas immense qu'a fait la phlébite en général, et la phlébite utérine en particulier, on doit avoir l'espoir de parvenir un jour à des résultats aussi satisfaisants quant au système lymphatique.

Il nous paraît rationnel d'admettre que le développement physiologique qu'acquièrent les lymphatiques utérins pendant la gestation; l'augmentation de leur fonction, de leur vitalité, de leur activité, sont autant de causes qui prédisposent ce tissu à s'enflammer : en effet, de l'augmentation de tissu, de vitalité et d'activité d'un organe à son état inflammatoire il n'y a

qu'un pas, et l'expérience a maintes fois prouvé que l'un dispose à l'autre.

Ces causes prédisposantes continuent d'exister quelque temps encore après la délivrance : alors, en effet, l'augmentation de tissu et de vitalité acquis pendant la grossesse ne diminue que progressivement après les couches ; la nature a besoin qu'il y ait dans leur absorption et dans leur circulation un surcroît d'action pour reprendre à l'utérus une partie des molécules intégrantes au moyen desquelles la gestation l'avait fait sortir de son état normal, et qui, après la délivrance, lui sont superflues, et doivent disparaître afin que ce viscère récupère ses dimensions physiologiques. Et ces éléments, que l'absorption fait rentrer dans le système lymphatique, sont plus ou moins irritants; ils peuvent ainsi devenir causes prédisposantes et efficientes de la lymphangite utérine.

Le volume exagéré du système lymphatique de la matrice; l'augmentation de calibre de ses conduits ou la dilatabilité dont ils jouissent après l'accouchement; l'activité de leur circulation, la puissance de leur absorption, disposent favorablement ces vaisseaux à absorber et à charier certaines matières hétérogènes avec lesquelles ils se trouvent en contact, et dont ils peuvent recevoir un degré d'irritation plus ou moins prononcé.

Les vaisseaux lymphatiques ont une sensibilité particulière pour les matières étrangères; la résorption de ces matières les rend douloureux, quelquefois même les enflamme et les tuméfie, et alors ils se prononcent au travers de la peau sous la forme de rubans rouges. Dans les mêmes circonstances, les glandes lymphatiques situées au voisinage du lieu où s'effectue la résorption, acquièrent plus de volume et deviennent aussi douloureuses. En général le gonflement disparaît quand il n'y a plus de nouvelles matières absorbées ; mais, parfois, les glandes sont prises d'inflammation et suppurent : c'est ainsi que les glandes lymphatiques du voisinage se tuméfient après l'insertion d'un poison animal sous l'épiderme, après l'application d'un vésicatoire pendant la période aiguë d'un furoncle, après la morsure des serpents, après une coupure ou une piqûre dans la dissection de certains cadavres, etc. Les glandes du mésentère paraissent être avec l'intestin dans le même rapport que les glandes superficielles avec

ı peau, car elles s'enflamment dans l'inflammation et la suppuration
u tube alimentaire, dans le typhus abdominal par exemple. Et pourquoi,
ans certains états des couches où la surface interne de l'utérus est en sup-
uration, où les lochies sont plus ou moins altérées, âcres et irritantes,
ù la phlegmasie utérine et puerpérale donne lieu à des productions pu-
ılentes qui sont en contact avec les bouches inhalantes des lymphatiques
e ces diverses parties, ceux-ci ne seraient-ils pas également exposés à
'enflammer?

Les froissements divers auxquels les lymphatiques utérins sont exposés
endant le travail de l'accouchement, peuvent aussi devenir cause prédispo-
ante, quelquefois même occasionnelle de la lymphangite utérine.

Et ces causes nombreuses, que nous avons précédemment étudiées en
écrivant la métrite, la péritonite et la métro-péritonite, ne peuvent-elles pas
ussi, dans certains cas, donner lieu à la lymphangite utérine? C'est à l'ex-
ıérience qu'il appartient de prononcer à cet égard.

Nous passerons sous silence la marche, la durée et la terminaison de la
ymphangite utérine. Ce sont là autant de phénomènes inconnus jusqu'à ce
our, et sur lesquels on ne pourrait que hasarder des hypothèses.

Nous ne dirons rien non plus des complications; la description anatomo-
ıathologique que nous donnerons de cette partie du système utérin sera
ıssez explicite sur ce sujet. Nous allons seulement nous occuper de la
ymptomatologie, du prognostic, des lésions anatomo-pathologiques de la
ıature et de la thérapeutique de la maladie.

Lorsque les lymphatiques des parties extérieures sont frappés d'inflam-
nation, le diagnostic n'est pas difficile à établir. Le trajet connu de ces
aisseaux, leur forme que l'inflammation rend encore plus évidente en
xagérant les renflements qu'ils présentent, et leur aspect mameliforme, la
raînée de rougeur et de douleur qu'ils laissent dans toute l'étendue où ils
ont enflammés, sont des caractères auxquels ne pourrait se tromper aucun
bservateur instruit de la possibilité de leur inflammation. Il n'en est plus
le même des vaisseaux lymphatiques situés profondément. Nous avons cité
lus haut les nombreuses circonstances qui en rendent la symptomatologie
bscure. Avant de passer outre, nous ferons remarquer que la suppuration

des vaisseaux lymphatiques n'imprime pas à l'économie une modification aussi rapide que la présence du pus dans le système veineux. Une fois dans les veines, la matière purulente est bientôt portée dans tout le système circulatoire. Le système veineux, en effet, offre un libre passage au pus qui est en circulation dans son intérieur; mais il n'en est plus de même dans le système lymphatique : ici, le pus, avant d'arriver dans le torrent circulatoire, est arrêté plus ou moins longtemps dans les ganglions lymphatiques où se rendent les vaisseaux qui le charrient. C'est en effet ce que prouve l'anatomie pathologique; presque toujours la suppuration est bornée aux lymphatiques de l'utérus; quelquefois elle s'étend jusqu'aux ganglions, et très-rarement on la retrouve dans le canal thoracique. « Les liquides en circulation dans les vaisseaux lymphatiques, dit Cruveilhier (1), n'arrivent pas directement dans le sang; ils traversent un ou plusieurs ganglions lymphatiques, espèce de filtres vivaces où le liquide est en quelque sorte jugé et le plus souvent arrêté lorsqu'il possède des qualités délétères. »

Toutes ces circonstances sont donc autant de difficultés pour le diagnostic de la maladie, dont elles rendent la symptomatologie fort incertaine. Il faudrait, ainsi que l'observe M. Bouilland (2), rencontrer plus fréquemment cette affection à l'état simple, isolée de toute autre inflammation, afin de pouvoir en analyser les symptômes, et les faits de cette espèce manquent presque complétement. Nous ne connaissons, dit Duplay (3), que l'observation rapportée par M. Cruveilhier, qui peut servir à une analyse de cette espèce. Ce médecin fait ressortir les différences symptomatiques qui existent entre ce cas et la phlébite utérine, la métrite gangréneuse et la péritonite : or, ces différences sont presque nulles. La science possède deux autres cas appartenant au docteur Tonnelé. Dans le premier, il y eut des frissons répétés : dans le fait de M. Cruveilhier, un seul frisson avait eu lieu. Dans l'observation de Tonnelé, il eut douleurs dans les régions hypogastriques et lombaires, fièvre; mê

(1) *Archives génér. de méd.*, t. X, deuxième série, p. 330. — (2) *Diction. de méd. et de pratique*, art. *Lymphangite*. — (3) *Archives générales de méd.*, deuxième série, tome X, pa

symptômes dans la métrite. Il y eut ensuite suppression des lochies, nausées, rougeur de la face, vive réaction fébrile ; nous rencontrons tous ces symptômes dans la métrite aiguë où peut-être les douleurs sont rarement si aiguës. Plus tard il y eut décomposition des traits, alternatives d'agitation et d'abattement, délire, météorisme du ventre, incontinence d'urine et des matières fécales, petitesse et irrégularité du pouls, mort. Ces symptômes offrent la plus grande analogie avec ceux de la métro-péritonite avec fièvre puerpérale typhoïde. Dans le deuxième cas, il y eut souffrance à l'hypogastre, frisson, suppression des lochies, vive douleur dans tout l'abdomen, vomissement, fièvre très-vive; nous avons vu les mêmes caractères dans la métro-péritonite aiguë. Ensuite il est survenu du délire, de l'agitation, un affaissement profond, lèvres tremblottantes, mouvements mal assurés, regard obtus, selles liquides, fréquentes et fétides, langue sale, pouls petit et fréquent, mort; la métro-péritonite avec fièvre puerpérale offre la même physionomie.

Il résulte donc des faits simples recueillis sur la lymphangite utérine puerpérale, que la symptomatologie de cette affection, jusqu'à présent, n'offre encore aucun caractère qui lui soit propre, et d'après lequel on puisse la reconnaître sur le vivant.

Ici encore les faits manquent pour se prononcer avec connaissance de cause sur la gravité de la lymphangite utérine. Nous dirons seulement que la phlegmasie des lymphatiques utérins, qu'elle soit simple ou compliquée, qu'elle soit primitive ou secondaire doit offrir plus ou moins de gravité 1° à cause de l'altération que doit en éprouver la lymphe que ces canaux charrient et qui, en se mêlant au sang, peut contribuer à altérer ce fluide, à diminuer surtout le chiffre de sa fibrine, et, par conséquent, à donner lieu à la fièvre puerpérale, ou du moins établir une disposition à cette maladie : c'est en effet la forme que la lymphangite a revêtu, dans les cas où elle fut reconnue simple, avant d'occasionner la mort, bien que M. Cruveilhier pense que le danger de cette affection n'est réel qu'en cas de phlébite ; 2° à cause de la gêne plus ou moins considérable qu'elle apporte dans la circulation de la lymphe, et qui peut aller jusqu'à sa suspension plus ou moins complète; dans ce cas, l'absorption des matériaux devenus

superflus dans le tissu utérin, languit; le retrait de la matrice est retardé ou marche lentement, et cet organe conserve d'autant plus longtemps sa disposition à devenir malade; si, déjà, ce viscère est engorgé, enflammé, il y a en cela moins de disposition à la terminaison de la maladie par résolution; et ces conséquences seront bien plus prononcées si la phlogose occupe les lymphatiques des deux côtés de l'utérus; 3° quand la lymphangite est la conséquence d'une autre maladie, soit qu'elle entre comme complication, soit qu'elle entre comme élément, elle rend le prognostic plus grave, pour les motifs précédents et par le fait seul de son existence; 4° si elle est simple, outre les causes de gravité précitées, elle peut encore devenir le point de départ de la métrite, de la péritonite, de la phlegmasie du tissu cellulaire pelvien, de la fièvre puerpérale.

Jusqu'à cette heure, la terminaison la plus fréquente de la maladie a été funeste; mais l'on peut se demander si c'est plutôt aux lésions qui accompagnent la lymphangite qu'à la lymphangite elle-même que les malades succombent. Car, d'après des faits observés par Duplay et Cruveilhier, on serait porté à croire que quelquefois cette phlegmasie offre une terminaison heureuse. Duplay a vu, chez des femmes qui avaient résisté aux accidents primitifs de la maladie, et qui n'avaient succombé que beaucoup plus tard à des accidents de toute autre nature, l'affection offrir des indices de guérison. J'ai, dit-il, trouvé des vaisseaux lymphatiques contenant çà et là une matière pseudo-membraneuse, adhérente aux parois des vaisseaux, faisant corps avec elles, et tendant à les oblitérer, comme dans la phlébite qui se termine par l'oblitération des vaisseaux. Au dire du même auteur, M. Cruveilhier aurait observé les mêmes particularités : la présence d'un pus concret, dit ce savant anatamo-pathologiste, chez les malades qui ont résisté aux accidents primitifs, semblerait dénoter qu'il se passe dans les vaisseaux lymphatiques quelque chose de semblable à ce qui a lieu dans la phlébite circonscrite, c'est-à-dire que le pus finit par être absorbé complétement. La concentration, la solidification du pus attestent en effet le phénomène de l'absorption.

Lorsqu'il existe du pus dans les lymphatiques de l'utérus, on aperçoit

Les observations recueillies et publiées ont démontré qu'il en était des vaisseaux lymphatiques comme des veines, et que, dans les deux ordres de vaisseaux, le pus, comme le liquide qu'ils charrient habituellement, était entraîné des radicules vers les branches.

Mais quel était l'état des parois des vaisseaux lymphatiques qui charrient ainsi du pus dans leur intérieur? « Dans tous les cas que nous avons observés, dit Duplay (1), les parois des vaisseaux lymphatiques étaient parfaitement lisses; nulle part on ne trouvait de pseudo-membranes adhérentes à leur surface interne; jamais on ne rencontrait même de rougeur. Du reste, il est bien moins difficile de constater cet état qu'on ne pourrait le croire, car ces vaisseaux, à l'époque de l'accouchement, ont quelquefois acquis un volume presque égal à celui des veines, et, dès lors, il devient facile de les examiner. » Dugès et Danyau ont fait les mêmes observations.

« Je n'ai pas observé une seule fois, dit Duplay, de la suppuration dans les lymphatiques de l'utérus, sans qu'une autre lésion n'ait existé en même temps, soit dans le péritoine, soit dans la matrice, soit dans ses annexes. Pour le *péritoine,* c'était ordinairement un liquide séro-purulent plus ou moins abondant, souvent tellement homogène qu'il ressemblait au pus phlegmoneux. Ce pus se rassemblait dans la cavité du petit bassin, où il trouvait une sorte de réservoir, et la matrice plongeait au milieu de lui : souvent des flocons pseudo-membraneux nageaient au milieu du liquide ; souvent aussi il existait immédiatement au-dessous du péritoine, dans le tissu cellulaire qui l'unit à l'utérus, dans celui qui est interposé entre les deux lames du ligament large, des infiltrations séro-purulentes, ou bien de véritables infiltrations de pus. »

« *Du côté de l'utérus,* on voyait des pseudo-membranes plus ou moins épaisses, plus ou moins uniformément répandues sur la surface extérieure. Quelquefois il existait de véritables foyers purulents dans son épaisseur, circonstance rare à la vérité. Mais ce que l'on observait le plus ordinairement, c'étaient des ramollissements de diverse nature, tantôt de simples

(1) *Archives,* deuxième série, tome IX, page 515.

exclusivement sur la membrane extérieure qui est, comme on sait, de nature celluleuse, et qui se gonfle au point de donner à ces vaisseaux l'apparence des artères. Aussi quand cette membrane n'existe pas ou n'existe qu'en rudiment, comme dans le parenchyme des organes, dans les sinus veineux du crâne, l'inflammation doit-elle y laisser des traces beaucoup moins appréciables; quant aux lymphatiques, on ne voit pas pourquoi ils ne seraient pas susceptibles d'inflammation comme les veines. On retrouve en effet dans ces vaisseaux toutes les conditions qui paraissent concourir au développement de la phlogose dans les autres : augmentation considérable de leur capacité, accroissement de la vitalité qui leur est propre, froissements divers pendant le travail de l'accouchement, contact avec les matières en décomposition qui recouvrent la surface interne de l'utérus, absorption de liquides âcres, puriformes. » Cependant, quoique M. Tonnelé penche fortement pour l'inflammation des vaisseaux lymphatiques, comme cause de la suppuration qu'ils contiennent, il croit cependant que la question ne saurait être tranchée; qu'il faut attendre de nouveaux faits et que jusque-là, il ne faut attacher au terme de suppuration des vaisseaux lymphatiques que l'existence d'une certaine quantité de pus dans ces vaisseaux, sans rien préjuger sur son origine.

M. Danyau (1), plus porté que l'auteur précédent à admettre l'absorption dans les cas de suppuration lymphatique, reste aussi dans la même réserve et ne se prononce pas formellement pour l'absorption. Seulement il fait observer que la présence du pus dans les vaisseaux lymphatiques lui a paru coïncider presque toujours avec l'existence de ce même liquide dans quelques points de l'utérus ou de ses annexes. Cependant, il considère que les notions que l'on possède sur les caractères anatomiques des vaisseaux lymphatiques enflammés ne sont pas très-positives; que, de plus, il existe quelquefois du pus dans un vaisseau lors même qu'il n'en existe pas de trace dans les parties d'où il tire son origine, et qu'enfin les vaisseaux d'un côté contiennent quelquefois de ce liquide lorsque c'est de l'autre côté seulement qu'on en trouve d'épanché ou d'infiltré.

(1) *Essai sur la métrite gangréneuse. Thèse inaugur.*, Paris, 1829.

je n'ai trouvé aucun rapport entre la suppuration des vaisseaux lymphatiques et la présence du pus dans le péritoine, dans la matrice et dans les ligaments larges. J'ai même vu des vaisseaux injectés de pus tirer leur origine des parties qui n'en renfermaient aucune trace. C'est d'après ces motifs que j'ai cru devoir admettre la suppuration des vaisseaux lymphatiques comme une preuve de leur phlegmasie et de celle de la matrice. »

Pendant deux années et demie d'observation à la maison d'accouchement de Paris, M. Cruveilhier a constaté dans presque tous les cas de métro-péritonite la suppuration des vaisseaux lymphatiques; à peine a-t-il constaté sept à huit fois la suppuration des veines. La présence du pus dans ces vaisseaux s'accompagnait le plus ordinairement de péritonite, d'inflammation du tissu cellulaire sous-péritonéal, et assez souvent d'inflammation des trompes et des ovaires. Presque toujours les vaisseaux lymphatiques ainsi remplis de pus étaient superficiels et se dessinaient immédiatement au-dessous du péritoine. Quant aux qualités du pus, ce liquide était bien lié comme du pus phlegmoneux, et jamais dans les veines il ne lui a présenté la même pureté que dans les vaisseaux lymphatiques. Quelquefois il existait au milieu de ce liquide des concrétions incolores. C'est en présence de ces lésions et des diverses circonstances qui les accompagnent que Cruveilhier se demande si l'on peut voir là un travail d'absorption ou bien un travail phlegmasique. Dans le but de résoudre la question, il examine sur quelle partie cette absorption pourrait s'exercer, et dans quelles parties cette sorte de succion du pus pourrait s'opérer. La surface interne de l'utérus ne lui paraît pas être le lieu où peut puiser le système lymphatique; car, dans la plupart des cas, cette surface interne n'est recouverte que d'un détritus sanguinolent, d'une couche séro-sanguinolente dans laquelle on ne trouve pas de trace de suppuration; l'épaisseur du tissu de l'organe lui paraît peu propre à fournir les matériaux de cette suppuration, car il est assez rare de trouver de la suppuration dans le tissu de l'utérus; il faudrait donc le rejeter sur le pus contenu, soit dans la cavité du péritoine, soit dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Un fait semblerait, suivant lui, appuyer l'opinion de l'absorption du liquide séro-purulent contenu dans le péritoine : c'est la présence dans le petit bassin d'un pus blanc, ayant tous les caractères du pus phlegmoneux, alors

avait suppuration dans les vaisseaux lymphatiques sans la moindre trace de péritonite ou de toute autre altération du tissu utérin.

« Les vaisseaux lymphatiques, disent Boivin et Dugès (1), minces, pellucides, n'offrent souvent aucune altération visible de couleur, d'épaisseur ou de consistance; rien autour d'eux qui indique une inflammation antécédente; on sait, au contraire, que des marques bien manifestes signalent l'inflammation des lymphatiques sous-cutanés; si les ganglions sont enflammés, ce n'est évidemment là qu'une inflammation consécutive à l'absorption du pus, puisque les vaisseaux en étaient exempts; au reste, la présence du pus dans ces vaisseaux est attribuée à l'absorption par ceux mêmes qui refusent cette prérogative aux veines, comme MM. Danyau, Montault, Dumas (2). »

« La possibilité de l'absorption du pus par les vaisseaux lymphatiques est un phénomène que la physiologie ne repousse pas, dit Duplay (3). Ces vaisseaux, en effet, ont été vus remplis d'autres liquides étrangers au système lymphatique. C'est ainsi que Sœmmering a vu de la bile dans les vaisseaux lymphatiques du foie, et du lait dans ceux de l'aisselle; Mascagni a observé du sang dans le canal thoracique et dans les lymphatiques de l'abdomen, chez des individus morts d'un épanchement sanguin dans la poitrine ou le péritoine; enfin, il a noté aussi, dans un cas d'hydropisie ascite, tout le système lymphatique abdominal gorgé d'un liquide analogue à celui que renfermait la cavité péritonéale. Plusieurs fois aussi le même observateur a constaté la présence de la matière tuberculeuse, provenant de la fonte de tubercules pulmonaires, dans les vaisseaux lymphatiques du poumon. M. Lauth, de Strasbourg, a aussi constaté, dans un cas de gangrène d'une extrémité inférieure, un liquide sanieux qui remplissait non-seulement les vaisseaux lymphatiques du membre affecté, mais le canal thoracique lui-même. Le liquide était entièrement analogue à celui qui recouvrait la partie gangrénée. Du pus s'est également montré dans le système lymphatique, dans d'autres circonstances que dans l'état puerpéral; dans ces cas, les vaisseaux lymphatiques partaient directement des parties en suppuration,

(1) Ouvrage cité, tome II, page 18. — (2) *Séance de l'Institut*, 18 janvier 1830. — (3) *Arch.*, tome X, deuxième série, page 317.

mine le chyle à se porter vers le réservoir de Pequet, à cause de la disposition des valvules. Les réseaux lymphatiques, après s'être vidés, doivent se remplir de nouveau quand la contraction du canal intestinal cesse, parce qu'il résulte de là des vides à remplir.

Ce que nous venons de dire de la naissance des vaisseaux lymphatiques, de leurs fonctions, de la composition de la lymphe, de leur absorption et du mécanisme de cette fonction, peut s'appliquer aux lymphatiques utérins; ici, pendant l'état puerpéral, les contractions utérines qui alternent avec le relâchement de cet organe doivent singulièrement favoriser la circulation des lymphatiques qui entrent dans la composition de ce viscère, et, par suite, leur absorption.

« En comparant ensemble, dit Muller (1), le chyle des vaisseaux lymphatiques et le chyme contenu dans le canal intestinal, il ressort de suite non-seulement que les lymphatiques absorbent, mais encore qu'ils métamorphosent ce qu'ils absorbent; car c'est seulement lorsque la substance alimentaire se trouve dans leur intérieur, qu'elle acquiert la propriété de se coaguler spontanément en partie; et plus elle avance dans le système lymphatique, plus cette propriété devient prononcée en elle. Dans tous les cas, on voit que l'absorption organique, accomplie par eux, diffère totalement de l'imbibition et du passage immédiat des substances dissoutes dans le sang. Il est probable, comme E. H. Weber a tenté de l'établir, que, quand des substances étrangères viennent à être absorbées, les lymphatiques leur font subir aussi une métamorphose. Ainsi Emmert a observé qu'après la ligature de l'aorte abdominale, l'angusture introduite dans une plaie au pied, ne pouvait pas empoisonner l'animal, et que l'acide cyanhydrique, appliqué de la même manière, restait également sans effet. Comme ces poisons peuvent pénétrer aussi par imbibition dans les vaisseaux lymphatiques qui les propagent, quoiqu'avec plus de lenteur, de même que le feraient les vaisseaux sanguins, on est obligé, pour expliquer ces observations, d'admettre que les lymphatiques font subir un changement quelconque aux substances étrangères, quand ils viennent à en

(1) Ouvrage cité, tome Ier. page 207.

lymphatiques, sans être enflammés, n'absorbaient pas dans certaines circonstances, soit du pus, soit d'autres substances hétérogènes, comment s'expliquer la rapidité avec laquelle Andral a vu un épanchement pleurétique disparaître en peu de temps et être remplacé par une augmentation sécrétoire de la muqueuse bronchique; la disparition du pus contenu dans certains foyers purulents? J'ai vu un abcès lombaire, que j'avais évacué une fois par la ponction, et qui, s'étant reproduit, a fini par disparaître complétement, en douze jours, sous l'influence d'un traitement local et général, sans qu'aucune espèce de crise se soit manifestée, et sans que l'économie en ait éprouvé le moindre trouble. Comment s'expliquer aussi la rapidité avec laquelle du pus de mauvaise nature, ou autres substances délétères, arrive en contact avec les ganglions lymphatiques de l'aisselle ou des aînes dans certains cas de plaie, quelquefois très-légères, des extrémités supérieures ou inférieures? Alors l'inflammation peut bien s'emparer des lymphatiques, mais cette inflammation marche lentement, progressivement, et ne parvient aux ganglions précités que longtemps après que ceux-ci sont déjà tuméfiés, sensibles et phlegmasiés. Magendie (1) cite le cas suivant emprunté à la pratique de Dupuytren, et qui nous semble encore contraire à l'opinion du physiologiste allemand : « Une femme, qui portait une énorme tumeur fluctuante au côté interne de la cuisse, succomba. Quelques jours avant sa mort, il s'était établi chez elle une inflammation du tissu cellulaire sous-cutané de ce membre. En coupant la peau qui couvrait la tumeur, Dupuytren vit des points blancs se former sur les lèvres de l'incision, et l'on découvrit, dans le tissu cellulaire sous-cutané, des lignes blanches que l'on reconnut être des vaisseaux lymphatiques pleins de pus; les glandes inguinales étaient remplies de la même matière, dont celles des lombes n'offraient aucune trace, non plus que le canal thoracique. » Magendie parle aussi d'un autre malade de l'Hôtel-Dieu chez lequel, à la suite d'une fracture compliquée un abcès volumineux se développa, et les veines ainsi que les vaisseaux lymphatiques montrèrent dans leur intérieur du pus qui provenait des

(1) *Précis de physiol.*, tome II, page 218.

culer? Enfin, la partie fluide du pus, qui, au dire de Donné est sa partie essentielle, peut toujours facilement être absorbée par les vaisseaux lymphatiques ; et, dans le cas de désagrégation des globulins qui composent le globule purulent, ces globulins pourront aussi pénétrer facilement dans les tuyeaux de ce système.

« Immédiatement après l'accouchement, dit Duplay (1), le système lymphatique de l'utérus doit jouir d'une activité très-grande. Si l'on considère le développement excessif du système lymphatique de l'utérus pendant la grossesse, et surtout vers ses derniers temps, développement dont le but, après l'accouchement, est probablement d'opérer le retour de l'utérus à son état normal, et cette sorte d'atrophie physiologique qu'il doit subir, on pourra bien penser que, chez la femme nouvellement accouchée, l'énergie du système absorbant doit être excessive, et que cette énergie d'absorption peut s'étendre même à des substances délétères telles que le pus. »

« On trouve aussi, dans les lésions anatomiques, un certain nombre de circonstances favorables à l'absorption ; ainsi dans la plupart des cas de métro-péritonite, la cavité du petit bassin est remplie par une quantité considérable de pus, alors même qu'on n'en rencontre pas dans le reste du ventre. L'utérus baigne au milieu de ce liquide qui le recouvre de tous côtés. Dans un très-grand nombre de cas, le tissu cellulaire sous-péritonéal est infiltré de pus, soit dans l'endroit même où se trouvent les vaisseaux lymphatiques purulents, soit dans les parties voisines. Souvent aussi les ovaires, les trompes sont frappés de suppuration, et les vaisseaux lymphatiques malades sont ceux qui correspondent à ces organes. Dans quelques cas, la face interne de l'utérus est aussi recouverte de fausses membranes, ou bien d'une couche purulente, ou bien, enfin, elle est occupée par des eschares plus ou moins étendues que la suppuration a en partie détachées. »

« Les vaisseaux, dans lesquels se rencontre du pus, sont presque toujours superficiels et rampent immédiatement au-dessous du péritoine ; on les

(1) Ouvrage cité.

de ces vaisseaux, ce sont des altérations de consistance : ainsi plusieurs observateurs ont rencontré ces vaisseaux plus ou moins ramollis, plus ou moins faciles à déchirer, et cédant à la traction la plus légère. D'autres ont constaté une altération toute opposée, c'est-à-dire une induration plus ou moins marquée de leurs parois; induration telle que, lorsque l'on venait à les ouvrir par une ponction, ils ne revenaient pas complétement sur eux-mêmes. Quant au tissu cellulaire qui environne les vaisseaux lymphatiques ainsi altérés, il a été vu infiltré de pus, de sérosité jaunâtre, ou bien il avait subi un certain degré d'induration. »

« La suppuration des vaisseaux lymphatiques ne se montre pas uniquement dans les cas où le péritoine contient cette suppuration phlegmoneuse qui remplit le petit bassin, on l'observe aussi dans plusieurs cas de péritonite caractérisée par de fausses membranes très-épaisses et par une absence presque complète d'épanchement. Quelquefois aussi ce n'est plus à la superficie de l'utérus que se rencontrent les lymphatiques purulents, mais bien dans l'épaisseur de l'organe; alors ils ne sont plus en rapport presque immédiat avec la suppuration, et ne peuvent être considérés comme ayant exercé sur le liquide purulent du péritoine son action absorbante. »

« Quelquefois aussi l'infiltration purulente du tissu cellulaire sous-péritonéal a lieu d'un côté, et c'est de l'autre que s'observent les lymphatiques purulents. D'autres fois on voit ces infiltrations séro-purulentes (qui n'existent pas toujours), quelquefois même de véritables abcès sous-péritonéaux traversés par des vaisseaux lymphatiques parfaitement sains, et dans lesquels on ne rencontre aucune trace de suppuration. L'on a observé la même chose dans les collections ou les infiltrations purulentes du tissu propre de la matrice; dans les cas de suppuration de sa surface interne, quand celle-ci est tapissée par des couches pseudo-membraneuses, comme quand la suppuration a détaché en partie les eschares gangréneuses qui peuvent s'y rencontrer. La suppuration des vaisseaux lymphatiques de l'utérus a été aussi rencontrée lorsqu'il n'existait à la face interne de la matrice qu'une simple couche sanguinolente, ou bien des ramollissements sans aucune trace de suppuration. Dans les cas de suppuration des ovaires et des trompes, souvent on a vu les vaisseaux

lymphatiques qui en partaient, ne renfermer aucune trace de pus, et c'est dans les lymphatiques d'une toute autre région de la matrice que la lésion s'observe. Mais le fait qui est le plus frappant, celui dans lequel on ne peut révoquer en doute l'inflammation des vaisseaux lymphatiques, c'est la suppuration de ces vaisseaux indépendamment de toute trace de suppuration, mais encore de toute altération du péritoine, de l'utérus et de ses annexes. »

La suppuration des vaisseaux lymphatiques de l'utérus s'est rencontrée plus communément dans le cas de ramollissement utérin et de fièvre puerpérale qu'en toute autre circonstance; nous attribuons cette fréquence :

1° A ce que ces maladies, occasionnant fréquemment la mort des nouvelles accouchées, donnent plus souvent que d'autres affections l'occasion de faire des autopsies ;

2° A ce que dans ces affections, comme dans les fièvres typhoïdes, la sensibilité générale est obtuse : il en est de même de la sensibilité spéciale dévolue à chaque organe, ou à chaque système qui entre dans la composition des viscères. Cet état de la sensibilité particulière, qui ne permet plus un choix aussi convenable, aussi normal des substances qui se trouvent en contact avec les ouvertures absorbantes des lymphatiques ; le ramollissement utérin qui, d'après Boivin et Dugès ne serait qu'un premier degré de suppuration; la grande quantité de matière purulente que, dans la fièvre puerpérale, l'on rencontre dans l'utérus et ses annexes, etc., et qui a fait donner à cette maladie le nom de fièvre pyogénique des nouvelles accouchées par un auteur de mérite, M. Voillemier, constituent autant de circonstances favorables à la suppuration de symphatiques utérins.

Thérapeutique.

D'après ce que nous venons de dire sur la nature de la suppuration des ymphatiques utérins à la suite de couches, il est facile de comprendre ue les indications, quoique très-obscures encore, ne peuvent être les mêmes ans tous les cas, et que, par conséquent le traitement doit varier selon ces irconstances. Comme la phlegmasie de ces vaisseaux, soit qu'elle soit imple, primitive ou consécutive, soit qu'elle soit conséquence, complication

ou élément d'une autre affection, est la lésion la mieux connue, celle sur laquelle on élève le moins de doute, celle qui, peut-être, est la plus fréquente; comme elle se montre généralement avec les caractères de la métrite, de la péritonite, ou de la métro-péritonite aiguë, c'est le traitement de ces dernières lésions qui lui est applicable; il n'y aura de réserve à apporter que pour les cas où la métrite revêterait la forme du ramollissement : alors ce serait au traitement de cette dernière affection que l'on devrait recourir, nous l'avons fait connaître en traitant de la métrite puerpérale; on devra aussi se conformer à la médication que nous indiquerons en décrivant la fièvre puerpérale, lorsque la suppuration des lymphatiques apparaîtra sous cette forme. Dans tous les cas, au contraire, où la forme inflammatoire sera franche, aiguë, et qu'il n'existera pas de contre-indications, c'est le traitement antiphlogistique qui devra être mis en usage. Si la suppuration des vaisseaux lymphatiques est le résultat de leur inflammation il sera propre à la combattre; si elle n'est qu'un phénomène d'absorption, comme ce phénomène succède à une inflammation qui frappe les parties contiguës, le même traitement sera encore bien approprié, il préviendra, en outre, le développement des phlegmasies lymphatiques et ganglionnaires qui pourraient résulter du contact du pus.

Les belles expériences de M. Magendie ont prouvé que les émissions sanguines, et surtout la phlébotomie, rendaient les veines d'autant plus avides de liquide qu'on diminuait davantage la quantité de sang qui les parcourait; il est donc évident que les lochies, que la matière purulente fournie par la plaie qui résulte du décollement du placenta, ou par une inflammation métro-péritonéale, seront d'autant plus facilement, plus abondamment introduites et charriées dans le torrent de la circulation, qu'on aura recours à des déplétions sanguines générales plus copieuses. Cette influence de la saignée se borne-t-elle à l'absorption veineuse? Ne s'étend-elle pas à celle des lymphatiques? Nous serions assez porté à le croire en considérant la part active que prend la saignée générale plus ou moins répétée et plus ou moins abondante dans la terminaison par résolution des divers engorgements inflammatoires. Or, si un jour la suppuration des lymphatiques utérins par absorption est bien constatée, si l'on arrive

à lui reconnaître des caractères diagnostics, il sera prudent, dans ces cas, de ne pas abuser de la saignée générale. Alors les injections dans l'utérus constitueront le principal moyen de traitement; en empêchant la décomposition des matières qui peuvent s'y rencontrer, en enlevant celles qui déjà sont altérées, elles font disparaître une des causes de la phlegmasie lymphatique et de l'altération de la lymphe. On sait que quand l'odeur de l'écoulement lochial est putride, on ne saurait apporter trop de soin à débarrasser la cavité utérine des substances infectes qu'elle peut contenir.

CHAPITRE SEPTIÈME.

PHLÉBITE UTÉRINE PUERPÉRALE.

Parmi les nombreuses maladies qui trop souvent viennent assaillir les nouvelles accouchées, l'inflammation des veines de la matrice est une des plus redoutables. Insidieuse dans sa marche et fertile en complications, cette affection a, pendant longtemps, échappé à l'investigation des anciens médecins qui, privés des ressources de l'anatomie pathologique, n'arrivaient que difficilement, par la seule observation des symptômes, à des connaissances positives sur le siége et la nature des maladies; aussi n'est-ce que dans ces derniers temps qu'il a été fait mention de cette espèce particulière de phlébite.

Il paraît que plusieurs médecins recommandables ont, en même temps, reconnu cette maladie : Chaussier, Schwilgué, Ribes, Husson en France, Clarke et Wilson en Angleterre. M. Breschet est le premier qui, dans les notes dont il a enrichi la traduction des œuvres d'Hodgson (1), ait rassemblé les faits propres à démontrer l'existence de cette affection; mais ces faits peu nombreux et bornés à de simples descriptions de lésions, étaient pour

(1) *Traité des mal. des art. et des vein.*, tome II, page 433.

ainsi dire tombés dans l'oubli, lorsque Dance (1) chercha à rappeler l'attention des praticiens sur le même sujet, en rapportant plusieurs observations de métrite puerpérale, dont la phlébite était la principale et la plus grave complication. Depuis, divers auteurs, Andral, Louis, Tonnelé, Voillemier, Cruveilhier, etc., ont recueilli et publié des faits sur cette affection; mais le travail le plus important que possède la science sur la phlébite utérine est celui de Dance (2). Ce Mémoire, dans lequel nous puiserons largement, va nous servir de guide dans la description de cette maladie.

DIX-HUITIÈME OBSERVATION. *Absorption de matières putrides par les veines de l'utérus, par Tonnelé* (3). — Marie Ambl.... fut prise, dans le courant d'octobre, d'une métro-péritonite intense. Au bout de quelques jours, les symptômes inflammatoires firent place à divers accidents typhoïdes, et la malade succomba.

Autopsie. La surface interne de l'utérus était couverte d'une matière brune demi-fluide et d'une extrême fétidité, que l'on retrouvait en nature dans presque toutes les divisions des veines ovariques et hypogastriques ; le péritoine offrait, du reste, tous les caractères d'une inflammation très-vive.

Ce fait, dit Tonnelé, n'a pas besoin de longs commentaires. On ne peut, en effet, admettre que la matière putride contenue dans les veines y ait pénétré après la mort : comment, en effet, s'y serait-elle introduite? Par l'effet de sa pesanteur? Mais elle existait dans la partie la plus déclive, comme dans la plus élevée. Par suite de la capillarité? Mais les vaisseaux étaient trop largement béants pour qu'on puisse admettre une telle action; elle avait donc été absorbée pendant la vie.

DIX-NEUVIÈME OBSERVATION. *Phlébite externe à la suite de couches, par A. Bérard* (4). — Au numéro 36 de la salle Saint-Philippe est une femme qui a présenté un exemple de phlébite assez remarquable. Cette femme, âgée de trente-six ans, était accouchée depuis huit jours de son seizième enfant, lorsque tout à coup elle éprouve des frissons qui qui durent environ deux heures. Les lochies se suppriment et les membres inférieurs s'œdématient. On aurait pu croire qu'il s'était développé dans ce cas une *phlegmatia alba dolens,* mais ce n'était pas cela. Il y avait là une phlébite double parfaitement carac-

(1) *Essai sur la métrite puerp. Thèse*, 14 février 1826. — (2) *De la phlébite utér. et de la phlébite en général, considérées principalement sous le rapport de leurs causes et de leurs complications. Archives générales de méd.*, tome XVIII, page 473. — (3) *Archives générales de médecine*, tome XXIII, page 205. — (4) *Journal de méd. et de chir. prat.*, tome XVI, page 67.

térisée à gauche. Le trajet de la veine saphène interne était rouge, tuméfié ; on y sentait de la fluctuation ; et bientôt des trous ouverts spontanément et transformés rapidement en vastes ulcérations s'établirent particulièrement au creux du jarret. Cet état local s'accompagna de fièvre et ne laissa aucun doute sur l'existence d'une phlébite terminée par suppuration. Or, on sait que la phlébite, celle des opérés, par exemple, quand elle se termine par suppuration conduit promptement à l'infection purulente. Ici le pronostic devait donc être des plus graves, et cependant M. Bérard n'a pas été un seul instant dans l'appréhension à cet égard.

Voici, du reste, comment ce professeur a expliqué une sécurité qui pouvait étonner ses élèves : Dans ce cas particulier, a-t-il dit, la phlébite n'a pas provoqué à l'intérieur de la veine la sécrétion purulente qui fait la gravité du mal. Il y a bien eu inflammation de la membrane interne du vaisseau et coagulation du sang, puisqu'il y a eu œdème ; mais il n'y a pas eu sécrétion de pus. Toute l'intensité de l'inflammation s'est manifestée en dehors de la veine ; il y a eu là une sorte de long phlegmon diffus qui a donné lieu à des ouvertures d'abcès. Eh bien, ces phlébites extra-veineuses, alors même qu'elles se terminent par suppuration ne sont graves qu'en raison de l'abondance de la suppuration. Dans la phlébite interne, au contraire, il suffit de quelques gouttelettes de pus pour créer des dangers extrêmes.

L'existence des frissons pourra-t-elle éclairer le diagnostic différentiel des phlébites interne et externe? Cela dépend de l'époque et de la nature de ces frissons. Les premiers frissons laissent en général la question indécise, car ils sont communs à la plupart des inflammations. Quant à ceux qui surviennent plus tard, ils ont assurément une plus grande valeur pour établir le diagnostic d'une phlébite interne terminée par suppuration ; mais il faut que ces frissons soient bien caractéristiques. Ainsi chez la femme qui fait le sujet de cette observation, il est survenu quelques frissons passagers dans le cours de sa maladie ; on s'en est inquité, parce qu'on les a d'abord mal appréciés ; mais bientôt on a reconnu que ce n'était qu'un sentiment de froid survenant accidentellement quand la malade se découvrait, et dès lors ces frissons ont perdu toute la portée qu'une investigation moins attentive aurait pu leur attribuer.

Le traitement a consisté à employer des émollients, à ouvrir les abcès, à panser simplement, et à donner à la malade la quantité de nourriture qu'elle pouvait digérer sans inconvénients. Cette femme a guéri.

« La phlébite, dit Valleix (1), est une des maladies les plus difficiles à décrire, non qu'elle présente, lorsqu'elle est réduite à son état de simpli-

(1) *Guide du méd. prat.*, livre deuxième, page 546, édition Belge.

cité, plus d'obscurité que toute autre, mais parce qu'à une certaine époque de son cours, il survient des accidents si nombreux, si variés, des lésions si diverses et interprétées d'une manière si différente par les auteurs, qu'on se trouve arrêté à chaque pas, lorsqu'on veut apprécier rigoureusement la valeur des symptômes qui lui ont été assignés, et la manière dont ils se sont produits. Il est donc avantageux de décrire cette maladie, comme l'a fait cet auteur, c'est-à-dire, de tracer d'abord les symptômes propres à la phlébite elle-même, ensuite indiquer ceux qui résultent d'une altération du sang si souvent produite par cette maladie. »

« Le mot phlébite, dit le même auteur, a été donné à cette maladie par Breschet. On aurait tort de croire qu'il est synonyme des mots infection purulente, résorption, fièvre purulente; car, ces derniers états morbides, qui sont une conséquence de la phlébite, n'ont pas toujours besoin pour se développer, de l'inflammation des veines qui, de son côté, peut fort bien exister sans eux. »

Cette maladie ne s'observe, pour ainsi dire, qu'après l'accouchement, lorsque les veines utérines, après avoir acquis un grand développement pendant le cours de la grossesse, viennent à perdre les adhérences qui les unissaient au placenta. Souvent elle prend naissance à l'embouchure des sinus utérins, mis à découvert par le décollement de ce corps spongieux. Tonnelé, cependant, dit avoir plus souvent rencontré la phlébite dans d'autres veines utérines que dans celles-ci. Les traces d'inflammation, dit Dance (1), sont ordinairement plus profondes au lieu d'insertion du placenta qu'ailleurs; quelquefois même, dit-il, on ne les observe qu'en ce point.

La phlébite une fois commencée en un point quelconque de l'utérus se propage ensuite de proche en proche aux innombrables veines qui serpentent dans les parois de la matrice, et, comme ces veines sont intimement adhérentes au tissu de cet organe, qui les embrasse de toute part, la phlébite devient, pour ainsi dire, parenchymateuse et se complique ordinairement de métrite. Elle peut aussi être secondaire à cette dernière affection, et quoique dans ces circonstances les veines soient le plus souvent le siége

(1) *Archiv.*, tome XIX, page 187

parois de la matrice. Dans la plupart de ces cas, l'ovaire et le ligament rond ont offert un engorgement sanguin et des veines en suppuration du côté correspondant à la veine ovarique enflammée.

La phlébite utérine peut se développer sous l'influence des causes qui peuvent donner lieu aux autres espèces de phlébite. On ne connaît rien de bien précis sur les causes prédisposantes de la phlébite utérine. Le développement exagéré du système utérin pendant la grossesse; l'augmentation qui existe alors dans ses fonctions, sa sensibilité, son activité; les sinus utérins mis à nu et exposés au contact de matières plus ou moins irritantes; l'état phlogistique du sang; certaines constitutions atmosphériques; l'altération de l'air, l'encombrement dans les hôpitaux peuvent, en altérant la nature des matières qui baignent l'utérus après les couches, disposer à la phlébite utérine, et, plus généralement, à l'infection purulente. Il est rare, comme l'a remarqué Cruveilhier, que les grandes opérations et certaines plaies (nous ajouterons le décollement placentaire) ne détermine pas un certain degré de phlébite; mais celle-ci est adhésive, elle reste bornée à un point peu étendu et n'a pas d'action très-marquée sur le reste de l'organisme. Cette phlébite adhésive peut dépasser les limites physiologiques et constituer une phlébite ordinaire sous l'influence de causes qui, sans elle, serait restée sans effet; c'est ce qui se remarque quelquefois à la suite de la saignée.

Après l'accouchement, l'intérieur de l'utérus peut être comparé à la surface d'une plaie produite par une grande opération; aussi la phlébite s'empare-t-elle assez souvent des gros canaux veineux qui viennent s'ouvrir à cette surface. Cette phlogose résulte de l'extension de la métrite aux vaisseaux veineux, ou de la compression, de la contusion de ceux-ci, peut-être même, dans certains cas, de leur distension et de leur déchirement, comme la chose peut arriver lorsque le placenta est enchâtonné et qu'on le sépare de la surface utérine avec violence. Le contact des matières irritantes qui baignent l'utérus et qui, par conséquent, sont en contact avec les sinus veineux mis à nu de cet organe, peuvent aussi produire le même résultat. Il en est de même des caillots de sang décomposés, de portions de membrane ou de placenta putréfiées et ramollies. Dans quelques

laires. Cette espèce de phlébite, à l'extérieur, se manifeste d'abord par une douleur sourde, augmentant par la pression, occupant une plus ou moins grande étendue de la branche veineuse affectée. Bientôt il se joint à cette douleur un gonflement peu résistant des parties environnantes, et, peu après, une dureté marquée du vaisseau affecté. Celui-ci se présente sous la forme d'un cordon dur, noueux, plus volumineux que la veine à l'état normal. Quand l'inflammation occupe une veine superficielle, on aperçoit au-dessous de la peau des bosselures, des nodosités plus ou moins rapprochées et souvent (surtout si la phlébite est due à une lésion de la veine) le long du cordon noueux une rougeur légère, mais beaucoup moins considérable que celle qu'on observe dans la lymphangite. Quand la veine est située au-dessus d'une artère volumineuse, elle peut, par suite de sa tuméfaction et du gonflement des parties environnantes, masquer complétement les pulsations artérielles. Enfin, lorsqu'il y a une plaie à la veine, on en trouve les bords enflammés, béants, donnant issue à un pus ordinairement mal lié; les mouvements, les efforts, les contractions musculaires dans la partie blessée, tendent à augmenter ces accidens locaux. Lorsque cette affection se rencontre dans les veines, soit de la matrice, soit d'autres organes intérieurs, plusieurs des symptômes précités peuvent exister sans pouvoir frapper nos sens; mais il en est d'autres qui, quoique pouvant appartenir à d'autres lésions du même organe, servent aussi, surtout dans certaines circonstances, telles que l'état puerpéral, la constitution médicale régnante, le génie épidémique, etc., à caractériser cette phlébite qui, plus tard, doit devenir plus grave. Le début de la phlébite utérine puerpérale date souvent des premiers jours de l'accouchement; le globe utérin s'engorge et forme tumeur dure, arrondie, ordinairement appréciable par le toucher à l'hypogastre, dépassant quelquefois de plusieurs pouces le rebord supérieur des pubis, et conservant pendant tout le cours de la maladie un volume considérable. Le retrait qu'il doit subir après l'accouchement, semble être suspendu; on dirait même, dans quelques cas, qu'il se dilate à mesure que l'inflammation fait des progrès; quelquefois, cependant, la phlébite attaquant un petit nombre de veines utérines, la matrice revient à peu près à son volume naturel, ce

un peu d'agitation et point de phénomènes cérébraux marqués, et que, dans des cas où la veine enflammée est de peu d'importance, il n'y a aucun symptôme général; dans d'autres, bien que la phlébite n'ait encore déterminé aucun symptôme d'infection purulente, et notamment dans ceux qui sont produits par une lésion de la veine, on voit survenir des symptômes généraux très-graves; la fièvre s'allume; le pouls devient fort et fréquent; la chaleur de la peau, l'agitation, l'insomnie, la perte de l'appétit, donnent à l'affection un aspect de gravité inquiétant. En même temps les douleurs locales deviennent plus vives, le gonflement plus considérable. On a cité des exemples de ce genre, bien que la phlébite ait conservé son caractère de phlegmasie simple ou adhésive; toutefois ces symptômes appartiennent généralement à la phlébite suppurative. Celui-ci s'observe principalement dans les cas où les veines ont été lésées par une plaie ou envahie par une inflammation voisine. Dans ce cas, la douleur est beaucoup plus vive, le gonflement est plus considérable, la réaction fébrile se déclare avec intensité, et, au bout d'un temps qui n'a pas été déterminé, les signes de la suppuration se manifestent le long du trajet du vaisseau.

Tantôt, comme à la suite de la saignée, on voit un abcès se former aux environs de la piqûre et s'étendre plus ou moins loin; tantôt, sur les côtés de la veine enflammée, se montrent des noyaux d'abord durs, où la fluctuation se fait bientôt reconnaître; en un mot, les points occupés par la suppuration sont variables, mais toujours voisins du vaisseau. On a vu des cas, et M. Cruveilhier (1) en a cité un exemple remarquable, où l'intérieur de la veine était lui-même le centre du foyer purulent.

Quoique les cas de phlébite suppurative soient ceux qui exposent le plus le malade à l'infection purulente, on voit, dans un certain nombre de cas, l'affection s'arrêter et les symptômes de suppuration ne pas sortir des limites primitivement occupées par la maladie. Lorsqu'il en est ainsi, les symptômes de réaction fébrile sont dus à la violence de l'inflammation, et si déjà à cette époque il existe une certaine altération du sang,

(1) *Dict. de méd. et de chir. prat.*, art. *Phlébite*.

elle ne diffère pas de celle qu'on a observée dans les autres maladies fébriles.

Lorsque la phlébite utérine se propage dans les veines ovariques et autres, et que le pus vient à pénétrer dans le torrent circulatoire, alors on observe des symptômes particuliers, parmi lesquels se rangent surtout un changement dans l'expression de la face qui se décompose rapidement; un grand sentiment de faiblesse, une grande prostration, un délire irrégulier joint à une sorte d'insensibilité qui ôte aux malades la conscience de leurs douleurs; parfois une gêne considérable et imprévue de la respiration; parfois un ictère, un gonflement subit autour d'une ou plusieurs articulations; le pouls est toujours fréquent et ordinairement dépressible; tous ces phénomènes s'accroissent et se terminent promptement par la mort.

Dans le commencent d'une phlébite utérine, qui est si fréquemment liée à la métrite, il n'est guère possible de distinguer l'une de l'autre : cette distinction, au reste, ne mérite point une grande importance, car les indications sont fondamentalement les mêmes dans le principe, et le même traitement convient à l'une comme à l'autre maladie. Un caractère différentiel qui semblerait avoir quelque valeur, serait une douleur et un engorgement bien dessiné dans le trajet des veines ovariques; l'œdématie des membres abdominaux, un empâtement du bas-ventre pourraient encore annoncer, dans ces circonstances, que l'inflammation a pénétré dans les grosses veines de l'abdomen et s'oppose à la libre circulation du sang dans ces vaisseaux. Mais il est un cortége de symptômes propres à dénoter le passage du pus dans le torrent circulatoire, c'est-à-dire des symptômes anormaux et étrangers à l'utérus, qui s'ajoutent brusquement à ceux qui caractérisent une inflammation bornée à la matrice; néanmoins la phlébite peut-être soupçonnée avant cette époque, par cela seul qu'après l'accouchement elle coexiste fréquemment avec la métrite; mais de tous ces caractères, celui qui semble mériter le plus de confiance consiste dans le développement rapide et spontané d'abcès indolent en un point quelconque du tissu cellulaire sous-cutané, ou bien d'engorgement de même nature autour des articulations.

La péritonite complique souvent la métrite et la phle[illegible]
cette circonstance l'acuité des douleurs par la plus légère pression du ventre, leur extension à toute la cavité abdominale, les vomissements, la tympanisation, la petitesse et l'accélération du pouls, l'altération de la figure, suffissent pour faire reconnaître la complication ; mais il est des cas plus obscurs dans lesquels la phlébite utérine pourrait être confondue avec des affections fort différentes : 1° ainsi le délire est quelquefois tellement prédominant qu'il semble indiquer une inflammation cérébrale primitive sur laquelle reposent tous les symptômes ; l'erreur est surtout facile quand on est dépourvu de renseignements sur les phénomènes qui ont précédé ce délire ; 2° dans d'autres circonstances, une certaine rougeur de la langue jointe à un dévoiement plus ou moins abondant, peut en imposer pendant quelque temps pour une inflammation gastro-intestinale également primitive ; 3° enfin, il ne serait pas impossible (et ceci concerne toute espèce de phlébite qui vient à se compliquer d'infection purulente) qu'on regardât les frissons qui surviennent communément alors comme l'annonce d'une fièvre intermittente pernicieuse, d'autant plus que l'état des malades s'aggrave d'une manière inopinée, et que ces frissons reviennent avec une sorte de périodicité. Dans tous les cas, c'est par l'examen attentif de toutes les circonstances qui ont précédé le développement de ces symptômes, et par l'exploration directe de l'état de la matrice, qu'on peut espérer de prévenir l'erreur.

Le prognostic varie beaucoup suivant la période et l'étendue de cette inflammation. Quoique l'incertitude de diagnostic dans les premières périodes ne permette pas de dire quand et comment cette maladie se termine d'une manière favorable, nous pensons que, lorsqu'elle est attaquée convenablement dès son début, on peut en arrêter la marche avec autant de facilité que celle d'une phlébite extérieure ; on a même l'avantage d'agir sur un organe qui, tendant continuellement à se resserrer, efface [illegible] peu la cavité des veines qui rampent dans son épaisseur, d'où résulte [illegible]tacle physique à la propagation ultérieure de l'in-

[illegible] mmes du peuple ne cherchent de

mal apprécier les chances de curabilité de cette affection que de s'en rapporter uniquement à ces cas.

Tant que l'inflammation est bornée aux veines des parois de la matrice, on peut espérer beaucoup des efforts de l'art et de ceux de la nature; mais lorsqu'elle se propage aux veines ovariques, l'infection purulente et ses suites sont grandement à redouter. A tout prendre, la phlébite est plus grave que la métrite en ce qu'elle peut être l'occasion de désordres beaucoup plus étendus et plus inévitablement mortels; en général c'est dans le courant ou sur la fin du troisième septenaire qu'elle se termine par la mort bien que, quelquefois, elle produise ce résultat beaucoup plutôt (sixième jour), d'autres fois beaucoup plus tard (quatrième mois).

Sur les cadavres de femmes mortes de phlébite utérine, on rencontre ordinairement les lésions suivantes : 1° la matrice est plus volumineuse que ne le comporte l'époque qui s'est écoulée depuis l'accouchement; sa cavité est tantôt recouverte par une sorte de couenne grisâtre qui semble provenir des débris altérés de la membrane caduque, tantôt baignée par une sanie ichoreuse et fétide ; ses parois sont épaissies, ramollies et d'une couleur brunâtre ou noirâtre. Ce ramollissement est d'autant plus marqué qu'on se rapproche davantage de la cavité utérine et du point qui a servi d'insertion au placenta ; il est quelquefois tel que le doigt s'enfonce dans la substance de la matrice, comme dans un poumon hépatisé. 2° En même temps, les veines, qui rampent dans l'épaisseur de cet organe, sont remplies, en nombre plus ou moins considérable, d'un pus jaunâtre, blanchâtre, plus ou moins consistant, dont on augmente l'écoulement par la pression. Ces veines se présentent sous la forme de sinus tortueux qu'il est nécessaire de mettre à découvert à l'aide d'une sonde cannelée introduite dans leur cavité, sans quoi l'on ne se ferait point une idée exacte de l'étendue du mal, et l'on pourrait prendre l'ouverture partielle de chacun de ces vaisseaux pour autant de petits abcès développés dans la substance même de la matrice; leur surface interne est ordinairement ridée, opaque, blanchâtre, et quelquefois recouverte d'une pellicule pseudo-membraneuse, ou d'une couche épaisse de pus; assez souvent ces traces de phlegmasie s'étendent aux veines ovariques, hypogastriques et autres de l'abdomen.

3° Enfin, dans les cas où des symptômes d'infection purulente se son manifestés, on trouve, comme à la suite de la phlébite extérieure compli— quée du même accident, des engorgements purulents dans les poumon— avec inflammation concomittente des plèvres, quelquefois des abcès dan la rate, le foie, le cerveau, des rougeurs, des ramollissements dans la mem— brane muqueuse digestive, et, dans certains cas, de vastes suppuratio intra ou extra-articulaires qui ont paru plus communes dans la phléb utérine que dans les autres.

Nature de la phlébite utérine puerpérale et de l'infection purulente qui peut en résulter.

La phlébite utérine est une inflammation des vaisseaux veineux de la matrice. Cette inflammation peut occuper toutes les tuniques constituantes des veines; c'est même ce qui doit arriver le plus communément; quelquefois, cependant, il doit en être dans les phlébites viscérales comme dans celles du dehors, c'est-à-dire, que l'inflammation peut siéger sur la membrane interne ou externe, ou du moins être plus prononcée sur l'une que sur l'autre. Nous avons cité une exemple qui caractérisait bien l'inflammation de la tunique externe des saphènes, et nous avons fait remarquer combien cette espèce de phlébite diffère de celle qui se développe particulièrement sur la membrane interne de ces canaux, tant sous le rapport diagnostic que sous celui du prognostic. Ici, en effet, le pus produit de l'inflammation, ne reste que rarement au lieu de sa formation (comme Cruveilhier en a recueilli une observation), presque toujours il se mélange au sang, circule avec lui vers les organes essentiels à la vie et peut devenir cause des accidents les plus graves, comme nous verrons tout à l'heure; là, au contraire, c'est à l'extérieur des tuyaux veineux que se produit le pus, dont l'accumulation ou la diffusion donne lieu à des abcès enkystés ou diff mais qui ne pouvant se mélanger avec le sang, n'offre pas les dangers d précédente.

Les rides que l'on rencontre à la surface interne des veines uté atteintes de phlébite; la couleur opaque ou blanchâtre de la mem qui tapisse cette surface, la pellicule pseudo-membraneuse, ou une de pus plus ou moins épaisse, qui, dans certains cas, la tapisse; la pr

dans ces canaux, d'une quantité plus ou moins considérable de pus; dans d'autres cas, la coagulation du sang avec adhérence aux parois des vaisseaux, d'où résulte l'interception du cours du fluide sanguin, et les conséquences de cette stase; le développement d'abcès multiples dans plusieurs points de l'économie; la nature des causes que nous avons fait connaître, et qui toutes disposent à l'inflammation; les symptômes qui en marquent la première période, et qui tous ressemblent à ceux des phlegmasies aiguës de l'utérus ou du péritoine; la fièvre qui les accompagne, tels sont les puissants motifs sur lesquels j'appuie l'idée de la nature inflammatoire de la phlébite utérine puerpérale. Mais cette phlébite conserve-t-elle un caractère franchement inflammatoire pendant toute sa durée, et dans toutes les circonstances? Lorsque l'infection purulente est bien déclarée, lorsque le mélange du pus avec le sang a rendu celui-ci diffluent, lorsque le chiffre de sa fibrine est plus ou moins abaissé, que cet élément a été plus ou moins détruit par la matière purulente, cette phlegmasie revêt-elle encore le même caractère? Pour donner à ces questions une solution satisfaisante, c'est à l'expérience chimique qu'il faut s'adresser : or, je ne sache pas que des essais semblables aient été faits quant à la phlébite utérine puerpérale. Mais nous avons fait l'analyse du sang de deux saignées pratiquées sur le même individu atteint de phlébite externe à la suite de saignée; la première phlébotomie a été pratiquée lorsque la veine basilique seule offrait des traces d'inflammation, la deuxième lorsque l'infection purulente était bien développée. Or, le premier sang nous a donné 5,3 en fibrine, le deuxième 2,7. Nous ferons observer que, dans le premier comme dans le deuxième sang, nous n'avons pas retrouvé de trace de pus. Ce malade, après avoir éprouvé les accidents les plus graves, après avoir été, plusieurs fois, sur le point de périr, a fini cependant par obtenir une guérison parfaite. Si les résultats d'expériences semblables et assez nombreuses, faites tant sur des individus atteints de phlébite externe que de phlébite viscérale, étaient confirmatifs de ceux que nous avons obtenus, alors on aurait, pour différencier l'état d'infection purulente qui succède à la phlébite de la phlébite proprement dite, non-seulement les caractères symptomatiques que nous avons fait connaître, mais encore les chiffres variables dans les

éléments du sang. Voici les chiffres de ces éléments dans les deux analyses, dont il vient d'être question :

Première saignée.	Sérum	globules	fibrine	eau	matériaux solides	albumine
	857,2	137,5	5,3	778	79,1	65,9
Deuxième saignée.	Sérum	globules	fibrine	eau	matériaux solides	albumine
	856	141.3	2,7	781,4	74,5	60,4

Le plus grand nombre des phlébites abandonnées à elle-mêmes, ne dépassent pas le degré d'inflammation qui a pour résultat la coagulation du sang avec adhérence aux parois des vaisseaux : or, ces phlébites adhésives sont aussi fréquentes que les solutions de continuité des veines. Point d'accouchement sans phlébite adhésive des veines utérines qui répondent au placenta. Cette espèce de phlébite n'a ordinairement quelque gravité que lorsqu'elle occupe une certaine étendue ; mais il arrive quelquefois que sous l'influence de circonstances particulières, miasmatiques, individuelles ou autres, la phlébite d'adhésive qu'elle était, devient suppurative : dans ce cas, c'est au centre même des caillots adhérents que se dépose le pus, qui est d'abord couleur lie de vin et sanieux, puis blanc, opaque et phlegmoneux ; et la maladie, se propageant le long du vaisseau, mais avec des degrés divers d'intensité, la phlébite, adhésive dans un point, est quelquefois suppurative dans un autre.

Aux phénomènes locaux de la phlébite parvenus au plus haut degré d'intensité se joignent des symptômes typhoïdes, le développement de nombreux foyers purulents dans des régions plus ou moins éloignées, et tous les accidents attribués à la résorption du pus. Dans la phlébite viscérale, comme dans la phlébite externe, il arrive que les accidents secondaires remplacent les lésions primitives, qui peuvent même disparaître complétement. Cette inflammation adhésive des sinus utérins peut donc être troublée dans sa marche physiologique et constituer un premier degré de la phlébite utérine ; trop intense, elle peut s'étendre à une distance plus ou moins considérable et constituer un véritable état pathologique qui, trop souvent, a les suites les plus funestes, et réclame de prime abord un traitement actif ; trop peu intense, le travail d'adhésion languit, les caillots, au lieu de s'organiser, peuvent se ramollir et devenir cause d'inflammation ou

d'infection du sang. ils peuvent aussi se détacher, et laisser béants les sinus utérins, qui non-seulement permettront alors l'introduction, dans le sang, de matières altérées, mais encore se trouveront en contact avec des substances plus ou moins âcres, plus ou moins irritantes qui pourront en déterminer l'inflammation. L'action de ces diverses causes sur ces sinus rend raison de la fréquence de la phlébite dans cette partie de l'utérus : et si M. Tonnelé a rencontré cette phlogose plus fréquemment dans d'autres parties de la matrice, c'est qu'il a recueilli ses observations dans une épidémie de fièvre puerpérale, où l'infection miasmatique a pu exercer son influence sur toute l'étendue du système veineux, où cette altération n'a été qu'un effet ou un élément de la maladie principale, qui peut bien exister sans lui. Nous admettons que l'introduction, dans le sang de substances irritantes, circulant avec ce liquide, qui les met en contact avec des parois vasculaires plus ou moins susceptibles, plus ou moins disposées à l'inflammation, peuvent occasionner la phlébite dans des veines utérines, autres que celles de la face placentaire de cet organe; nous admettons aussi que l'extension par contiguïté de tissu, de l'inflammation du parenchyme utérin peut occasionner la phlébite ailleurs que dans ces sinus; mais ce qui nous semble en rapport avec les faits, avec ce qu'il y a de plus probable tant sous le rapport des dispositions maladives, que de l'action directe de certaines causes, c'est que cette maladie doit bien plus souvent prendre son point de départ dans les sinus utérins qu'ailleurs; et cette opinion, qui repose sur des faits, est loin d'être sans influence sur la thérapeutique : en effet, lorsque les sinus utérins seront les premiers affectés, les injections utérines seront bien plus nécessaires et plus avantageuses.

Les causes les plus ordinaires des phlébites, en général, sont des lésions qui agissent sur la membrane interne des veines; soit en altérant directement son tissu, telles sont les piqûres, les sections, l'incision, la ligature ou la compression, la distension, la contusion, le déchirement de ces vaisseaux; soit en permettant le contact de matières âcres et irritantes à la surface de cette membrane, comme il arrive lorsqu'une veine ulcérée baigne dans un foyer purulent, lorsqu'elle s'ouvre sur une surface suppurante ou gangrénée, à la suite d'une amputation, d'une blessure, ou de toute autre lésion traumati-

que, enfin, après l'accouchement. La phlébite est donc presque toujours secondaire à une autre affection; toutefois nous admettons que l'inflammation peut se développer primitivement et, en quelque sorte, spontanément dans une veine, moins par la considération de quelques faits que parce que les veines jouissant de la faculté d'absorber, peuvent introduire dans le système sanguin des substances capables d'irriter les parois de ces vaisseaux. Toutes ces causes paraissent être favorisées dans leur action par l'influence de certaines constitutions atmosphériques, jointes à la prédisposition. Toutefois, il est bon d'être prévenu d'une circonstance qui pourrait en imposer sur la valeur de ces causes; quelquefois l'altération locale, qui précède ordinairement la phlébite, est tellement bénigne comparativement à la gravité des accidents qui semblent en résulter, qu'on serait tenté de mettre ces accidents sur le compte de la prédisposition. Cette manière de raisonner les faits n'est pas toujours juste, car, toute altération locale spontanée ou provoquée, quelle que légère qu'elle soit, pourvu qu'elle s'étende jusque dans la cavité d'une veine d'un certain calibre, est capable de donner lieu à une phlébite très-grave et très-étendue. Deux choses, en effet, sont à considérer dans cette maladie, l'inflammation du vaisseau et la sécrétion morbide qu'elle détermine au point où cette dernière a porté son action, et se terminerait le plus souvent en ce point, si une nouvelle cause ne s'ajoutait à la précédente; mais la sécrétion morbide, contenue dans un canal perméable, se propage peu à peu le long du vaisseau, s'applique contre ses parois, les irrite et les enflamme successivement quelquefois dans une grande étendue, car la membrane interne des veines est comme les membranes séreuses, dont elle présente d'ailleurs l'organisation, sensible au moindre contact des excitants contre nature qui pénètrent à sa surface. Le pus se mêle en outre avec le sang qu'il altère, et parvient dans plusieurs organes entraîné par le courant circulatoire, d'où résulte une nouvelle série d'accidents. Ainsi l'on conçoit comment des causes, fort légères en elles-mêmes, peuvent devenir le mobile d'une maladie très-grave et d'une phlegmasie très-étendue. Remarquons en effet que la phlébite se propage en général dans une direction analogue à celle du cours du sang veineux, et tend ainsi à se rapprocher de plus en plus du centre de la circulation : or,

« ce mode de propagation, dit Dance (1), ne tient-il pas à ce que le pus contenu dans les veines enflammées suit naturellement la même route que le sang veineux et irrite successivement les parois de ces vaisseaux? Cette explication est d'autant plus probable que dans les artères l'inflammation suit ordinairement une marche inverse et ne présente pas d'ailleurs les mêmes accidents que la phlébite, sans doute à cause des différences qui existent entre la circulation artérielle et la circulation veineuse. L'une excentrique dans sa marche, dont le cœur est le principal mobile, parcourt des canaux de calibre décroissant, de telle sorte que le pus sécrété dans une artère enflammée, forcé de suivre la direction de la colonne sanguine, ne peut remonter vers le cœur, et doit être balayé du côté des capillaires, où l'obstruction sert de barrière à ses ravages; l'autre, au contraire, dans les mêmes circonstances, apporte le pus dans les principaux viscères, à cause de sa direction centripète; et parcourant successivement des canaux de plus en plus volumineux, elle lui fournit un passage plus large et facile; mais dans les petites veines, la coagulation du sang, la formation de fausses membranes, s'opposent d'ordinaire à cette espèce de circulation purulente. »

Il nous semble, à en juger par les phlébites externes que nous avons été à même d'observer, que si la propagation de cette phlogose a généralement lieu, comme nous venons de dire, quelquefois aussi elle est le résultat de la mobilité du travail phlogistique qui, établi sur une partie du système veineux, tend à se déplacer, à se porter sur une autre partie plus ou moins éloignée du même système. Ce n'est guère que par ce genre de propagation que l'on peut se rendre raison du développement de cette phlegmasie, avant qu'il y ait infection purulente, dans des parties du système veineux autres que celles qui, partant du lieu malade, vont vers le cœur; du reste, il m'a paru que, comme dans la goutte, comme dans certaines affections rhumatismales aiguës, la phlébite offrait une mobilité telle que, par cela seul qu'elle venait à se déclarer sur un point, elle avait une tendance manifeste à se développer sur d'autres. Ainsi, par cela même qu'une partie du système veineux est enflammée, les autres parties du même système sont

(1) *Archives*, tome XIX, page 161.

disposées au même genre d'affection; cela s'observe surtout dans le tissu séreux avec lequel la membrane interne des veines offre tant d'analogie. On sait, du reste, que le pus, lorsqu'il est de bonne nature, peut rester en contact avec une surface même fort sensible, sans l'enflammer; or, dans la phlébite, surtout dans la première période de la maladie, le pus est loin d'être toujours altéré; souvent on l'a trouvé semblable à celui du phlegmon; ensuite, s'il était altéré, c'est plutôt sur le sang qu'il manifesterait son influence malfaisante en altérant les principes constituants de celui-ci, en diminuant surtout sa fibrine et en le rendant diffluent, que sur les parois veineuses avec lesquelles il reste trop peu de temps en contact pour donner lieu à leur inflammation, pour occasionner autre chose qu'une stimulation passagère. Si, du reste, dans la phlébite externe, l'on voit la phlébite passer des vaisseaux d'un petit calibre dans des vaisseaux d'un calibre croissant, et que par là il semble que le pus rencontre une voie facile de communication, dans la phlébite utérine, le contraire a souvent lieu, puisque généralement c'est par les sinus veineux que la phlegmasie commence, et que les veines utérines offrent leur plus grand diamètre. Et, pour expliquer son opinion, la comparaison que Dance a établie entre le cours du sang dans les systèmes veineux et artériel, quant à la propagation de la phlegmasie par le contact du pus, nous semble tout à fait opposée aux conclusions qu'il en tire. En effet, si réellement le contact du pus avec la membrane interne de ces deux ordres de vaisseaux était la cause, au moins unique, de la propagation de la phlegmasie de la circonférence vers le centre du système veineux, la même chose devrait avoir lieu du centre vers la circonférence dans le système artériel, ici surtout que le pus, arrivé aux abords des capillaires sanguins, éprouve un obstacle à sa circulation, un temps d'arrêt, qui lui donne le temps d'agir et de déterminer l'inflammation des parties avec lesquelles il est en contact; dans ce genre de phlegmasie il n'est pas plus commun de trouver les parties des artères, voisines des capillaires, enflammées que d'autres parties de ce système.

Lorsqu'on réfléchit à l'état des veines utérines pendant la gestation, pendant et après l'accouchement, l'on ne peut qu'être frappé de la rareté de la phlébite utérine puerpérale : si le retrait de la matrice, en diminuant

ce qui les entoure, semblent aussi n'avoir aucune conscience de ce qui se passe au dedans d'eux-mêmes; ils n'accusent aucune douleur; quelques-uns mêmes éloignant, par leurs réponses constamment négatives, toute présomption de souffrance intérieure; cependant la langue rougit, se dessèche, se couvre d'un enduit noirâtre; le ventre se météorise, du dévoiement survient, la parole est brève, la respiration accélérée, anxieuse, entremêlée d'une petite toux rare et sèche; des sueurs abondantes couvrent la peau; quelquefois un ictère se manifeste brusquement, ou bien la peau se nuance et devient jaunâtre, sale, et terne. Enfin les malades tombent dans cet état qui est propre aux fièvres de mauvais caractère, état que l'on a considéré mal à propos comme dépendant uniquement de l'intensité et de l'étendue de la phlébite; la langue est tremblante, la parole confuse, les lèvres sont agitées de mouvements convulsifs; quelquefois une éruption de pétéchies se fait tout à coup vers la peau; une parotide ou des gangrènes se déclarent brusquement; des soubresauts des tendons surviennent; le pouls est toujours fréquent, vif et ordinairement dépressible; la mort arrive en très-peu de temps.

Ces symptômes ne sont pas, dans tous les cas, aussi nombreux et aussi tranchés que nous venons de le dire; la gêne de la respiration, le frisson, le délire, la rougeur et la noirceur de la langue, peuvent manquer ou bien être peu apparents; ils ne se présentent pas d'ailleurs de la même manière chez tous les individus, et revêtent tantôt les formes ataxiques, adynamiques, typhoïdes, suivant que le délire, la prostration ou la stupeur prédominent; tantôt ils simulent une phlegmasie encéphalique ou gastro-intestinale franche, ou bien une pneumonie, une hépatite essentielles; mais constamment alors on observe un changement inopiné dans l'état des malades, car les accidents se manifestent brusquement.

A l'ouverture des cadavres d'individus morts d'infection purulente, on rencontre des altérations qui contrastent, par leur nombre et leur profondeur, avec la rapidité de leur dévoloppement : des abcès dans un ou plusieurs organes, dans les poumons en particulier, dans le foie, la rate, le cerveau, les reins, et dans quelques articulations; quelquefois des engorgements suppurés dans le corps de la peau et dans l'épaisseur des

muscles; une gangrène de la rate, une forte injection des méninges, et surtout de la pie-mère, des rougeurs et des ramollissements dans la membrane muqueuse gastro-intestinale. « Le sang, dit Dance (1), ne nous a point en général présenté d'altération bien manifeste, si ce n'est une *certaine liquidité,* mais, dans quelques cas, il a paru mélangé à des globules purulents. » Le développement, sous la plèvre, de foyers purulents étend quelquefois à celle-ci l'inflammation pulmonaire, et constitue des pleurésies. La manière dont les noyaux de suppuration se développent dans les poumons, mérite une attention particulière. Du sang extravasé ou du pus contenu dans des veines capillaires paraissent être le premier élément de leur formation; bientôt succède une petite ecchymose d'un noir foncé qui sert de base à un engorgement dur, arrondi et noirâtre, lequel s'infiltre de pus et se convertit en très-peu de temps en un véritable abcès qui se ramollit du centre à la circonférence, étant ordinairement environné par un tissu pulmonaire entièrement sain. Ces foyers ne conservent alors aucune apparence de leur première origine; cependant il est quelquefois possible de suivre des veines jusqu'à leur voisinage et même dans leurs cavités : du reste, les trois degrés de cette altération sont souvent réunis dans le même poumon. Il est probable que les abcès qui se forment dans les autres organes, se forment de la même manière; car ils paraissent être de même nature et suivent partout la même marche.

Nature de l'infection purulente.

L'infection purulente est bien le résultat d'un mélange de pus avec le sang; mais l'existence du pus dans les vaisseaux sanguins est-elle toujours une conséquence de la phlegmasie de la membrane interne de ces vaisseaux? Dans quelques cas le pus, que l'on rencontre dans ces conduits, ne vient-il pas du dehors, c'est-à-dire, n'y est-il pas arrivé soit par l'absorption veineuse, soit par un mélange direct de cette matière avec le fluide sanguin? Ce mélange donne-t-il toujours lieu aux mêmes effets, c'est-à-dire, l'infection purulente une fois produite est-elle toujours de même

(1) Ouvrage cité, pages 19 et 167.

nature? Telles sont les questions importantes qui se rattachent à cette grave affection et que nous allons chercher à éclairer.

Pour faciliter l'intelligence de ce que nous avons à dire sur ce sujet, nous allons donner quelques détails sur l'absorption veineuse, sur la sympathie de cet ordre de vaisseaux, sur le pus, et sur son mélange avec le sang.

Pus. « Les recherches de Gueterlock, dit Muller (1), nous ont appris quelles sont les substances dissoutes dans le pus. Ce liquide contient de l'albumine et une matière particulière que l'auteur nomme pyine; celle-ci appartient avec la caséine et la chondrine à la catégorie des substances dont un minimum d'acide acétique détermine la précipitation ; mais elle diffère beaucoup de l'une et de l'autre. L'acide acétique la précipite, et un excès de cet acide ne la redissout pas, comme il arrive à la chondrine. L'alun la précipite également, sans la redissoudre, quand on en ajoute un excès, caractère qui appartient aussi à la caséine, tandis que la chondrine se redissout. L'acide chlorhydrique la précipite, et un excès de réactif la redissout; la dissolution acide n'est point précipitée par le cyanure ferrico-potassique. La pyine est soluble dans l'eau ; l'alcool produit, dans la liqueur, un précipité que l'eau redissout. On trouve aussi cette substance dans le mucus, mais le mucus ne contient pas d'osmazome et d'albumine, comme le pus. Le pus et la matière tuberculeuse diffèrent beaucoup l'une de l'autre. »

Pus dans le sang. « Il n'est pas, dit Donné (2), de sujet qui ait été plus étudié que celui-ci, et j'y suis revenu pour ma part un grand nombre de fois ; il n'en est pas qui soit plus important, ni qui mérite à un plus haut degré l'attention du physiologiste et du médecin ; mais, malheureusement il n'est pas, non plus, de question moins avancée quant aux moyens de reconnaître la présence du pus dans le sang, de constater le mélange des globules purulents avec les globules sanguins; vingt fois j'ai cru le problème éclairci au point d'être résolu, et toujours, après un examen plus approfondi, j'ai dû renoncer à l'espoir de vaincre la difficulté que présente ce

(1) Ouvrage cité, page 325. — (2) *Cours de microscopie*, page 193.

ujet ; et c'est qu'en effet la difficulté est telle, elle est tellement inhé-
ente à la constitution même des deux substances qu'il s'agit d'analyser,
u'elle paraît de plus en plus insurmontable, à mesure que l'on connaît
ieux la matière. »

« Ce qui rend ce genre de recherche difficile, ses résultats même
icroscopiques douteux ; enfin ce qui rendra peut-être longtemps en-
ore cette découverte impossible, c'est l'existence dans le sang de glo-
ules blancs, dont la structure et la composition, les caractères physi-
ues et chimiques, sont tellement semblables aux caractères physiques
t chimiques des globules purulents, qu'il me paraît jusqu'ici impos-
ible de les distinguer les uns des autres. Ce problème est d'autant plus
ifficile, si ce n'est insoluble, que les globules blancs du sang, indépendam-
nent de leur similitude avec les globules du pus, peuvent se présenter
n si grand nombre dans le sang, par suite de phénomènes morbides,
ui portent une atteinte profonde, à l'assimilation et à la nutrition, qu'il
emblerait que des globules étrangers se sont introduits dans ce liquide,
t que l'on ne saurait attribuer leur présence à une autre cause qu'au
élange du pus. »

Le fait du passage immédiat de substances étrangères dans le sang,
ans coopération des lymphatiques, a été mis hors de doute par les
xpériences de Magendie, Emmert, Lawrence, Coates, Tiedemann,
melin, etc. « Jusqu'à présent, dit Muller (1), on a fait dépendre le pas-
age des liquides, dans les vaisseaux capillaires, d'une faculté absorbante
ui appartiendrait en propre aux veines. Mais il est facile de prouver qu'il
y en a qui pénètre dans les capillaires sans le concours de cette préten-
ue faculté, et qui, quand cet effet a eu lieu, ils se mêlent immédiate-
ent avec le sang veineux, parce que tout le sang contenu dans les
apillaires suit la direction des artères vers les veines et de celles-ci vers
e cœur. Le phénomène primaire du passage immédiat de substances dis-
outes, dans le sang, est l'imbibition des parties animales, même mortes,
ar les fluides qui s'introduisent dans leurs pores invisibles. »

(1) Ouvrage cité, tome 1er, page 184.

C'est là une espèce de sympathie que l'on rencontre le plus souvent. Les diverses expansions des membranes muqueuses se communiquent réciproquement leurs états; les membranes séreuses, les membranes fibreuses, etc., sont dans le même cas. Quand il y a excitation concensuelle de diverses parties d'un tissu, l'affection sympathique est généralement de même nature que l'affection primitive ; l'inflammation et les douleurs se propagent aux différentes expansions du tissu, et le même changement survient dans les sécrétions des parties avoisinantes que dans celles du tissu qui a été primordialement atteint (1). « La phlébite, dit ce savant physiologiste (2), nous donne une preuve directe de l'étendue des sympathies du système veineux. Elle se manifeste localement, sur le trajet d'une veine, par l'une des causes capables de la déterminer, telle qu'une saignée mal faite, ou la lésion d'une varice, de même qu'elle survient dans les plaies produites par les amputations, ou dans la matrice des femmes en couches; mais elle dépasse avec tant de rapidité son point de départ, qu'en peu de temps elle envahit tous les troncs nerveux du membre : aussi entraîne-t-elle ordinairement la mort, quand on ne sait pas la reconnaître et la combattre sur le champ; elle passe à la suppuration des veines. »

Si on réfléchit, dit Dance (3) 1° que toutes les lésions, que cette maladie laisse à sa suite, surviennent dans le cours d'une phlébite; 2° qu'elles parviennent, dans peu de jours, à l'infiltration et à la collection purulente; 3° qu'elles présentent des caractères spéciaux tels que jamais une inflammation franche et ordinaire n'en développe de semblables; 4° qu'à côté du tissu altéré on trouve ordinairement un tissu sain; 5° que ces lésions peuvent être observées dans les mêmes organes, à la suite d'une phlébite intérieure, comme à la suite d'une phlébite extérieure; 6° qu'enfin les symptômes graves, dont elles sont accompagnées, ont la plus grande ressemblance avec ceux qui annoncent une infection miasmatique des fluides, on conviendra que le transport et le mélange du pus avec le sang dans le cours de la phlébite est très-probable. Ce qui tend à confirmer cette opinion, ce sont 1° les expériences de M. Cruveilhier, qui a produit un dé-

(1) Muller, tome Ier, page 647. — (2) Page 653. — (3) Ouvrage cité.

veloppement de tubercules dans les poumons en faisant pénétrer du mercure dans les veines, tubercules dont le noyau était formé par un globule mercuriel; 2° celles de Dupuy, Trousseau et Leuret, qui ont donné lieu à diverses altérations locales spécifiques, en injectant dans les veines des matières putréfiées. Or, les altérations, que nous avons indiquées comme survenant dans quelques cas de phlébite, sont fort analogues à celles que ces expérimentateurs ont observées, et doivent, par conséquent, reconnaître une cause fort analogue; car, si des liquides provenant de la macération de chairs en décomposition, si la sanie qui s'écoule d'un charbon, ont dévéloppé, dans un cas, des inflammations promptement gangréneuses (Dupuy et Trousseau), et dans l'autre un véritable charbon (Leuret), pourquoi du pus mélangé avec le sang ne donnerait-il pas lieu à des abcès? N'y a-t-il pas un rapport bien manifeste entre la nature de ces causes et celles des effets? »

« Mais, dira-t-on, pourquoi les poumons sont-ils plus particulièrement le siége de ces métastases purulentes? Si le pus pénètre dans le torrent circulatoire, ne semble-t-il pas que tous les organes devraient s'en ressentir également? Nous remarquerons, en effet, que souvent les altérations, qui surviennent alors, sont multiples et disséminées dans plusieurs appareils; mais les poumons sont deux espèces de confluents dans lesquels abordent continuellement le sang de toutes les parties du corps : or, le pus étant en circulation doit affluer en plus grande quantité dans ces viscères que partout ailleurs, et y déterminer des altérations plus fréquentes, dont les progrès sont d'ailleurs favorisés par la structure délicate de ces mêmes viscères. Le foie, autre centre de circulation, est aussi très-souvent, et pour les mêmes raisons, le siége de ces métastases, surtout lorsque la veine porte est enflammée vers ses racines. Remarquons, en effet, que du sang veineux est apporté en grande quantité dans le foie, comme dans les poumons, par des veines qui, faisant office d'artères, peuvent aussi servir de véhicules directs au pus, ce qui n'a point lieu pour d'autres organes. Nous dirons, toutefois, que la fréquence relative des suppurations, qui surviennent dans telle ou telle partie à la suite des inflammations veineuses, ne présente pas toujours une explication aussi satisfaisante; ainsi, on ne voit pas pourquoi

les articulations deviennent assez souvent le siége de ces suppurations; pourquoi des abcès se développent parfois sous la peau, dans le tissu cellulaire inter-musculaire, ou toute autre partie, dont la circulation n'a point de relation directe avec celle de la veine enflammée; le siége de ces abcès, comparé avec celui qui a été le point de départ de la phlébite, fait supposer que, dans ces cas, le pus a parcouru tout le cercle circulatoire, ou bien que la masse du sang a été viciée. »

Plusieurs médecins, dit cet auteur, ont attribué à l'absorption simple du pus la formation de ces abcès que nous regardons comme consécutifs à la phlébite. Nous sommes loin de nier cette absorption, mais nous affirmons n'avoir rencontré le plus souvent des abcès de cette nature que dans les cas où il existait préliminairement une inflammation, et nous sommes porté à penser que dans ceux où cette inflammation n'a point été indiquée, on n'avait pas fait toutes les recherches suffisantes, pour être en droit de nier absolument son existence; car, pour admettre cette absorption, il ne suffit pas de trouver du pus déposé dans un organe sans caractère local d'inflammation, il faut encore s'assurer si ce pus n'a point été sécrété dans l'intérieur de quelque vaisseau, même très-éloigné du point où la matière purulente a été transportée.

Sans vouloir, dit-il, cependant être exclusif sur cette opinion, nous prions le lecteur de faire attention aux circonstances suivantes : 1° la plupart des cas dans lesquels on observe ces abcès métastatiques sont ceux où des veines d'un certain calibre communiquent avec une surface enflammée, favorable par conséquent au développement de la phlébite; or, en regardant l'absorption comme cause de ces abcès, on ne voit pas pourquoi toute espèce de lésions ou de plaies suppurantes, ne se compliquerait pas du même accident qui deviendrait alors extrêmement fréquent; 2° les veines qui ont une certaine dimension, ne jouissent point de la faculté d'absorber, car l'absorption est une fonction propre aux petits vaisseaux, fonction qu'on a assimilée, pour certaine raison, aux phénomènes capillaires; 3° nous pensons d'ailleurs que la pénétration du pus dans le torrent circulatoire, produite par l'absorption, molécule à molécule, ne déterminerait pas des accidents aussi instantanés, des désordres aussi rapides et aussi profonds

que ceux qu'on observe dans la phlébite lorsque le pus se mêle avec le sang tout à coup et en certaine quantité.

Le mot de métastase purulente, dit Dance, est insuffisant pour exprimer ce qui se passe dans la formation des lésions consécutives à la phlébite. Avant de pénétrer dans les organes le pus se mêle d'abord avec le sang, qu'il altère d'une manière spéciale ; de cette altération résultent des inflammations également spéciales ; et les suppurations qui surviennent alors ne sont pas le résultat du transport du pus en nature, comme l'ont pensé quelques personnes. Voici les motifs sur lesquels repose cette opinion : 1° les premiers degrés des abcès du poumon, dans ces circonstances, ne sont point des infiltrations purulentes, encore moins des abcès tout formés ; mais, comme il est dit plus haut, une petite ecchymose, un point noir, puis un engorgement compact dans lequel se développe promptement la suppuration et la désorganisation ; on ne conçoit pas comment ces engorgements seraient capables de se convertir en foyers liquides sans aucun travail préalable ; 3° ni comment une si grande quantité de matière purulente, en supposant qu'elle fut uniquement le produit de la métastase, pourrait produire la suppuration d'une seule veine qui, dans certaines circonstances, n'est enflammée que dans l'étendue de quelques pouces ; 4° d'ailleurs, toutes les lésions qui surviennent dans la phlébite, ne sont pas uniquement des infiltrations purulentes, ou des abcès ; on trouve quelquefois en même temps des rougeurs inflammatoires, des ramollissements, des gangrènes sans traces de pus ; 5° enfin, les symptômes généraux qu'on observe dans tous ces cas, indiquent un trouble de la plupart des fonctions, qu'on explique beaucoup mieux par l'altération du sang provenant de son mélange avec le pus, que par une simple métastase purulente, cheminant à travers les vaisseaux sanguins et le cœur, et déposé passivement dans les organes ; si l'on admet, au contraire, que dans ces circonstances, le pus est capable d'enflammer ces mêmes organes, pourquoi n'altérerait-il pas le sang avec lequel il est en contact ?

D'après toutes ces raisons, ajoute Dance, il semble plus conforme à l'explication des faits d'admettre que le sang, s'imprégnant plus ou moins de molécules purulentes, devient un agent de perturbation générale et d'irri-

tation locale, dont les effets sont de déterminer des phénomènes généraux extrêmement graves, auxquels succèdent des inflammations promptement purifères; mais il n'est pas impossible que le pus sécrété dans une veine enflammée, et transporté dans les organes, concourt directement par lui-même à cette espèce de génération purulente. Une objection assez sérieuse, qui peut être faite à cette explication, consiste dans la rapidité avec laquelle ces abcès se développent, et l'intégrité ordinairement parfaite des parties qui les avoisinent. Mais le genre d'irritation ou de perturbation, qui résulte de la présence du pus dans le sang, est-il le même que celui qui dépend d'une cause ordinaire mécanique ou chimique? Ses effets ne doivent-ils pas être promptement destructeurs et sans réaction, franchement inflammatoires? Car la vitalité des organes est attaquée dans un de ses éléments les plus essentiels : aussi, voit-on, dans ces circonstances survenir quelquefois en même temps des pétéchies, des gangrènes, des parotides.

Mais, disent ces auteurs (1), quand il est bien reconnu que le tissu des veines est sain là où elles contiennent du pus liquide, nous ne pouvons accorder à Dance qu'il soit le produit d'une vraie phlébite; c'est à tort que lui et Danyau affirment que toujours ces veines sont ridées et rouges; cela est rare au contraire. Est-il donc si difficile d'admettre que ce pus est passé dans les veines sans que celles-ci soient pour ainsi dire, individuellement enflammées? Si les veines absorbent, comme l'ont prouvé tant de physiologistes, si elles absorbent le pus après les amputations, les grandes plaies, comme l'ont démontré MM. Velpeau, Legallois (2), comme l'a reconnu aussi M. Blandin (3), après l'amputation du col de l'utérus, et M. Andral après une infiltration de pus dans l'excavation du bassin chez une femme en couches; ne peut-il pas en être de même dans un utérus malade, enflammé, soit que les matériaux en soient pris à la surface interne ou à la surface externe du viscère, soit qu'ils proviennent de son tissu même, par absorption interstitielle? Le plus souvent il y avait un enduit purulent à l'intérieur ou à l'extérieur quand les veines contenaient du pus. M. Mon-

(1) Ouvrage cité, tome II, page 17. — (2) *Journal hebdomadaire de méd.*, 1829, tome III, pages 166 et 321. — (3) *Dict. de méd. et de chir. prat.*, tome II, page 170.

tault (1) a publié l'observation, bien curieuse sous ce rapport, d'une métro-péritonite à la suite de laquelle les veines utérines furent trouvées pleines d'une matière putride et sanieuse, pareille à celle qui tapissait intérieurement la matrice.

Dans tous les cas de suppuration des veines utérines, disent Boivin et Dugès (2), quel qu'en soit l'origine, le pus peut être transporté avec le sang dans le torrent circulatoire. Un assez grand nombre de médecins distingués pensent que cette absorption de pus, produit ou absorbé par les veines, peut causer de graves accidents, et d'abord tous les symptômes d'une affection typhoïde, puis des plegmasies, des abcès dans les organes éloignés. Dans les cas où la résorption du pus nous a paru la plus évidente après la métro-péritonite déjà ancienne ou devenue chronique, c'est par des accès violents de fièvre rémittente qu'elle s'est manifestée, s'accompagnant ordinairement de récrudescence dans la péritonite même.

Si, dit Tonnelé (3), en même temps qu'il existe des abcès multiples, on rencontre dans l'économie une cause générale, manifeste et en quelque sorte palpable qui puisse expliquer tous ces effets divers; si nous surprenons le pus tout formé dans les vaisseaux de l'utérus, d'où nous le voyons en quelque sorte se porter dans toutes les voies de la circulation avec le sang qui lui sert de véhicule; si des symptômes caractéristiques annoncent d'une manière presque certaine cette importation du pus au sein de tous les organes, et précèdent constamment les abcès en question, au point que l'apparition de ceux-ci suffit pour faire soupçonner le développement de ceux-là, n'avons-nous pas mille raisons de croire que ces collections purulentes des muscles, des articulations, des poumons, du foie, du cerveau, qu'on observe en pareils cas, ne sont point l'effet d'une inflammation ordinaire, mais le résultat d'un travail particulier, ou d'un simple dépôt au sein des tissus?

On objectera peut-être, ajoute-t-il, que cette hypothèse, bien qu'admissible pour le poumon, le foie, qui sont les principaux centres de la circulation

(1) *Journal complément.*, tome XL, page 21. — (2) Page 19. — (3) *Arch. gén. de méd.*, tome XXII, pages 464 et 465.

veineuse, ne peuvent plus s'appliquer aux muscles, qui ne reçoivent qu'une quantité de sang bornée. Mais ne sait-on pas qu'un nombre considérable de veines se distribuent à ces organes? Et, d'ailleurs, l'expérience n'a-t-elle pas déjà prononcé? Des injections de mercure faites par M. Cruveilhier dans les veines des animanx, n'ont-elles pas produit de nombreux épanchements dans les muscles, en même temps qu'elles en ont déterminé dans les principaux viscères? Dans les observations qu'il (Tonnelé) rapporte, les collections purulentes étaient bornées aux muscles, et il n'en existait point de trace dans les autres organes. Nous répondrons encore à cette objection, dit-il, par une expérience de M. Cruveilhier : « J'ai vu souvent, dit ce professeur, le mercure traverser le système capillaire des poumons de quelques sujets, et se nicher spécialement dans l'épaisseur des muscles, dans les cavités séreuses. » Il est difficile sans doute d'expliquer ces différences, mais les faits existent : devant eux doivent tomber les explications.

D'après ces considérations, dit Tonnelé, il me paraît très-rationnel d'admettre que ces collections purulentes des muscles et des articulations, qui se lient fréquemment à la phlébite, ne sont qu'un effet direct et immédiat de l'absorption du pus et de son mélange avec le sang : or, voici comment on peut concevoir le phénomène : tantôt un certain nombre de molécules purulentes se fixent dans l'épaisseur des muscles, se dépose à la surface des membranes séreuses, agissent alors à la manière de l'épine inflammatoire, et deviennent centre d'une inflammation exactement circonscrite, qui se termine promptement par suppuration; c'est en effet de cette manière qu'on voyait agir les globules murcuriels dans les expériences de M. Cruveilhier. Tantôt, au contraire, le pus paraît déposé en nature dans ces parties, sans aucun travail local. Ce dernier mode de formation est plus difficile à admettre que le premier, et plus susceptible de contestation; toutefois, il me semble difficile d'expliquer autrement le développement de quelques-uns de ces petits foyers isolés que l'on rencontre dans l'épaisseur des muscles, d'ailleurs sains, et surtout certaines collections purulentes que Désormeaux a quelquefois vu se former immédiatement au-dessous de la peau, sans la moindre apparence de travail inflammatoire et avec une promptitude surprenante.

infiltrer les tissus de telle sorte, qu'on n'observe aucune matière liquide, et qu'il n'en résulte autre chose qu'une coloration insolite de ces tissus en quelques points de leur étendue. De là ces masses grises ou jaunes.

Ces collections purulentes, dit cet auteur, sont-elles le résultat d'une résorption? Cela me paraît très-vraisemblable dans les cas où on les trouve sur les cadavres d'individus qui, peu de temps avant la mort, avaient eu en un point quelconque de leur économie un foyer plus ou moins considérable de suppuration. Porté dans le torrent circulatoire le pus s'en sépare à la surface ou dans la trame des divers organes. Quant aux cas beaucoup moins nombreux où des collections purulentes semblables ont été observées sans trace de suppuration antécédente, on ne peut rien dire, dans l'état actuel de la science, sur l'origine et les causes de ces collections. Il faut seulement en tirer cette conséquence, que du pus peut se former, soit dans un solide, soit dans un liquide solidifié, tel que le sang, bien qu'on ne découvre, ni par l'anatomie, ni par l'examen des symptômes, l'indice d'aucun travail d'irritation, d'aucune congestion passée ou actuelle, d'aucune altération de texture. On ne peut douter qu'il y ait certains individus chez lesquels il ne se forme du pus beaucoup plus facilement que chez d'autres, de telle sorte qu'il faudrait admettre parfois une diathèse purulente, comme on admet une diathèse tuberculeuse.

Le même auteur, après avoir cité deux cas où la disparition d'épanchements séreux, dans la plèvre chez l'un, dans le péritoine chez l'autre, avait coïncidé, chez celui-là avec un flux séreux et subit des bronches, chez celui-ci avec un dévoiement copieux provoqué par un purgatif, dit (1): « Les anciens n'auraient pas hésité à admettre, dans les deux cas précédents, le transport de la sérosité à la surface des bronches dans un cas, à la surface de l'intestin dans l'autre. Nous n'essayerons point de décider la réalité d'une pareille métastase; mais elle nous semble fort possible. Il ne répugne certainement point aux lois d'une rigoureuse physiologie, de supposer qu'un liquide résorbé dans une partie quelconque du corps, et porté dans le torrent circulatoire, peut en être séparé en nature sur une

(1) *Clinique méd.*, première édition, tome II, page 70

autre surface par une sorte de travail éliminatoire. Ainsi la bile, retenue dans ses canaux excréteurs, rentre dans le sang et va teindre tous les liquides sécrétés. Ainsi on a retrouvé d'une part dans le sang et dans la lymphe du canal thoracique, et d'autre part dans l'urine et dans le mucus intestinal, du prussiate de potasse liquide, qu'on avait déposé dans le tissu cellulaire (Fodera). C'est donc en nature que ce sel était entré dans le sang, et c'est en nature qu'il en est sorti. Maintes fois les physiologistes ont découvert dans les sueurs, dans l'urine, dans les liquides séreux et muqueux, les différentes substances qu'ils avaient injectées dans les veines; l'eau qu'ils introduisent dans celle-ci pleut bientôt à la surface des membranes séreuses, etc. Qu'y aurait-il donc d'étonnant de voir un liquide, résorbé dans le péritoine, sortir de l'économie avec l'urine, le mucus intestinal ou bronchique? »

L'infection purulente, dit Valleix (1), a été très-diversement interprétée par les auteurs : 1° on a d'abord pensé (MM. Velpeau, Maréchal, etc.) que dans une veine où se formait ainsi le pus, le transport de ce liquide vers les parties centrales avait lieu inévitablement, et que le sang, cherchant à se débarrasser d'une substance étrangère, la déposait ensuite sur son passage dans les divers organes; ainsi l'on explique les accidents variés et les lésions diverses qui suivent la phlébite suppurative; 2° plus tard MM. Cruveilhier, Blandin, etc., ont admis que quelques parties du pus sont, en effet, transportées dans le torrent circulatoire; mais qu'ensuite arrivant, soit dans les organes parenchymateux, soit dans le tissu cellulaire, les molécules étrangères ne s'y déposent pas simplement, elles déterminent dans ces parties une inflammation nouvelle qui a une très-grande tendance à la suppuration : ces opinions ont été vivement combattues par M. Teissier, qui a rassemblé un nombre considérable de faits pour démontrer l'impossibilité de ce transport du pus, du point primitivement lésé vers les parties secondairement enflammées. Il s'est fondé principalement sur ce que, un des premiers, sinon le premier effet de la phlébite, est de déterminer la formation d'un caillot qui circonscrit le foyer purulent,

(1) *Guide du médecin praticien*, livre deuxième, maladies du système circulatoire.

arrête le cours du sang, et, par conséquent, ne permet pas au pus de se porter au delà du point où il s'est formé. Il a en outre cité un bon nombre de cas, dans lesquels on a vu des abcès multiples avec tous les symptômes assignés à l'infection purulente, sans qu'on ait trouvé aucune trace de phlébite : il admet 3° une diathèse purulente qui, seule, peut rendre compte de cette suppuration. M. Ph. Bérard (1), réfute l'opinion de M. Teissier; selon lui, il est certain que le pus ne peut point être absorbé par les parois d'un foyer purulent transporté en nature dans le torrent circulatoire, comme quelques auteurs l'avaient pensé. Mais on conçoit facilement le transport des molécules purulentes dans l'intérieur d'une veine, 1° parce qu'il n'est point démontré que quelques-unes de ces molécules n'aient point été formées et transportées avant la formation des caillots; 2° parce qu'il existe des milliers de veines collatérales qui, ouvertes au sang, peuvent offrir un passage au pus suspendu dans ce liquide. M. Bérard cite à l'appui de cette manière de voir un fait rapporté par Velpeau (2), qui a vu manifestement du pus mêlé au sang jusque dans l'oreillette et le ventricule droits. Quant aux cas où l'on n'a pas trouvé de phlébite chez des sujets morts avec tous les accidents de l'infection purulente, voici comment M. Bérard cherche à lever la difficulté : « On a dit, et je l'ai constaté moi-même que les symptômes de l'infection purulente et les abcès métastiques ont été rencontrés chez des sujets qui n'avaient offert aucune trace de phlébite après leur mort. Je répondrai d'abord que ces cas ne se présentent pas souvent aux anatomistes qui font des recherches patientes en procédant aux autopsies des cadavres, et j'ajouterai que, dans les cas mêmes où l'on n'a rien trouvé après une dissection attentive, il y avait eu néanmoins sécrétion de pus dans quelques veinules; 4° cet auteur attribue toujours les accidents à l'altération du sang causée par la sécrétion du pus dans la cavité des veines, et du mélange de cette matière avec le sang. » Quelle que soit, dit Valleix, la valeur de ses argumentations, il n'en est pas moins certain que, dans les observations de M. Teissier, il en est quelques-unes où la formation d'abcès très-nombreux, se succédant sans interruption et

(1) *Diction. de méd.*, tome XXVI. — (2) *Archives génér. de méd.*, tome XIV.

souvent pendant un assez long espace de temps, ne peut nullement s'expliquer par l'inflammation des veines. L'importance de la phlébite dans l'infection purulente a été niée d'une manière beaucoup trop absolue par M. Teissier. Il suffit, en effet, de faire observer avec M. Bérard la succession des phénomènes locaux de la phlébite, et des phénomènes généraux dans ces cas tout particuliers, pour qu'on ne puisse pas douter que l'infection purulente ne soit, dans certains cas, une simple conséquence de l'inflammation des veines. Lorsqu'en effet on voit un individu se faire pratiquer, au milieu d'une santé parfaite, une saignée de précaution, et qu'immédiatement après, en l'absence de toutes les causes prédisposantes indiquées par les auteurs, il survient une inflammation locale, suivie elle-même des phénomènes généraux de l'infection purulente, on ne saurait s'empêcher d'admettre une relation de cause à effet si évidente; 5° M. Félix d'Arcet (1) regarde l'infection purulente comme une conséquence de la décomposition du pus par l'oxigène dans les voies respiratoires.

D'après les diverses opinions des auteurs précités sur la nature de l'infection purulente; d'après les bases sur lesquelles ces opinions reposent; on est tout d'abord frappé du peu d'accord qui règne entre ces sommités médicales; on trouve difficilement le fil qui conduit hors du labyrinthe qu'elles ont constitué; on saisit avec peine les rayons de lumière qui partent de cette apparente confusion. Pourrait-on dire, en effet, quelle est celle de ces opinions (car ils citent tous des faits et des expériences en leur faveur; ils invoquent tous les lois de la physiologie normale et pathologique; tous puisent des arguments dans les caractères symptomatiques et microscopiques) qui se rapprochent le plus de la vérité? La chose serait difficile. Tous ces écrivains nous paraissent avoir saisi quelques-unes des vérités qui appartiennent à l'infection purulente; mais aussi, pour avoir voulu rattacher à leur manière de voir toutes les variétés de cette grave affection, tous sont devenus trop exclusifs; et c'est à cette exagération, pour ainsi dire systématique, que l'on doit attribuer les errements qu'ils ont commis et le désaccord qui a régné parmi eux. Il est vrai de dire, cepen-

(1) *Recherches sur les abcès multiples*, Thèse, Paris 1842.

dant, que la réunion de ces opinions, que les faits et les raisonnements sur lesquels elles reposent, établissent, sur ce sujet, un ensemble de connaissances qui ne laisse rien à désirer; les longs développements, dans lesquels nous sommes entré pour faire connaître l'état actuel de la science sur l'infection purulente, nous permettront d'être court dans l'exposé de notre opinion à cet égard.

1° Dans certains cas, c'est dans les veines que se forme la matière purulente qui devient cause de l'infection; alors ce pus, mélangé au sang, suit la marche de celui-ci, s'en sépare en partie en traversant le parenchyme des organes où il se dépose et agit comme l'épine de Van Helmont (Dance, Blandin, Cruveilhier, etc.).

2° Quelquefois le pus, formé dans les veines, se sépare du sang dans le parenchyme de nos organes, et y constitue des infiltrations, des collections purulentes (Velpeau, Maréchal, etc.).

3° D'autres fois, soit que le pus ait pris naissance dans les veines, soit qu'il y ait été introduit par absorption ou par mélange, il circule avec le sang, qui le dépose au sein de nos organes, d'où résulte tantôt de véritables abcès métastatiques, tantôt une inflammation qui se termine promptement par suppuration (Tonnelé, Andral, etc.).

4° Dans certains cas, la formation des abcès multiples ne peut être attribuée qu'à une diathèse purulente, qu'Andral avait déjà soupçonnée, et que M. Teissier a mis en évidence.

5° Il arrive qu'une altération du sang par le pus devient la cause des nombreux phénomènes qui caractérisent l'infection purulente (Bérard).

6° Enfin, dans quelques circonstances, c'est la sympathie morbide du système veineux qui fait qu'une inflammation, développée sur un point quelconque de ce système, tend à se manifester sur des points plus ou moins éloignés des mêmes vaisseaux (Muller et moi).

Telle est, selon nous, la véritable portée des faits qui ont dicté les opinions, en apparence si contradictoires, des auteurs précités; ces opinions, justes pour certains cas, erronées pour d'autres, forment, par leur réunion, le véritable état de la science sur ce sujet, et représentent les variations de nature que l'infection purulente peut offrir.

Nous terminerons ce que nous avons à dire sur la nature de l'infection purulente, par quelques mots d'explication relatifs au mélange du pus avec le sang, à la sympathie morbide du système veineux, et à la diathèse purulente.

Ce n'est pas immédiatement après la délivrance que se forment, en général, les caillots sanguins qui doivent boucher les sinus utérins. La phlébite utérine qui (simple, adhésive) tend à leur donner une organisation, à les faire adhérer aux parois veineuses, ne s'établit pas sitôt, témoins les lochies sanguines, quelquefois hémorragiques, qui se manifestent pendant les premiers jours des couches. Or, ces sinus restant quelque temps béants, et la matrice pour revenir sur elle-même offrant des alternatives de contraction et de relâchement, il doit nécessairement en résulter 1° l'écoulement du fluide sanguin contenu dans ces sinus par l'action comprimante du premier temps (contraction); 2° un vide, à la vérité incomplet, de ces hiatus par l'action du second temps (relâchement); c'est ce vide, si imparfait qu'il soit, qui attire, dans ces extrémités veineuses ouvertes, une partie du liquide (purulent ou autre) qui baigne la surface interne de l'utérus, et qui favorise le mélange de ces matières avec le fluide sanguin qu'elles contiennent et que, selon l'ordre physiologique de la circulation veineuse, elles doivent faire rentrer dans le torrent circulatoire. Ce mélange peut donc devenir une cause d'infection purulente; et, comme ces sinus peuvent, sous l'influence de causes pathologiques diverses, rester plus ou moins longtemps ouverts; comme les caillots sanguins, qui les obstruent, peuvent s'altérer, se décoller et rétablir ainsi la liberté de ces ouvertures, il en résulte que ce mélange peut, dans certains cas, s'opérer plusieurs jours après l'accouchement.

Déjà nous avons donné des explications sur l'influence de la sympathie morbide du système veineux, dans certains cas, pour faire comprendre le développement successif de la phlébite sur plusieurs points de l'étendue des veines. Nous ajouterons que, plus souvent peut-être qu'on ne pourrait le croire, cette sympathie joue le rôle important dans certaine variété de l'infection purulente. En effet, comment expliquer autrement le développement de cette phlegmasie dans un point du système veineux qui a, avec le

point de départ, le cœur pour intermédiaire? Si, dans ces circonstances, l'on persistait à considérer le pus circulant avec le sang, comme la cause du développement successif de la phlébite sur des points plus ou moins éloignés du système veineux, alors on devrait dire que cette substance purulente, arrivée dans le cœur droit, est poussée à travers les poumons, pour d'ici revenir au cœur gauche, qui la fait circuler, avec le sang rouge, dans tout l'arbre artériel, et peut la faire parvenir avec lui jusqu'à l'origine des capillaires; mais ici existe pour elle une barrière insurmontable, qui l'empêche de parvenir dans la partie du système veineux devenue malade. Cette supposition n'est donc pas admissible, tandis que ces inflammations successives et éloignées s'expliquent très-bien par l'influence de la sympathie morbide.

Il n'est pas douteux pour nous que, dans certains cas, il existe dans l'économie une telle disposition à la production du pus, que 1° la plus petite plaie qui survient, au lieu de se guérir par la réunion immédiate, s'enflamme et suppure plus ou moins longtemps avant de se cicatriser, ce que le vulgaire caractérise très-bien en disant, les uns, qu'ils ont une chair facile à guérir, les autres, qu'ils ont une chair de difficile guérison; 2° des affections cutanées purulentes, telles que furoncles, etc., se développent sur diverses parties du corps, et se montrent très-rebelles; 3° sous l'influence de la plus faible cause, se développent des panaris, des abcès. Nous avons vu des individus, avec cette disposition pyogénique, redouter certains travaux, parce que, disaient-ils, la moindre piqûre, la plus petite plaie qu'ils avaient, leur occasionnaient des panaris, ou des suppurations interminables. Pourquoi une semblable disposition ne se rencontrerait-elle pas chez certaines accouchées? Chez les individus, compris sous les nos 1, 2 et 3, le moyen que j'ai toujours reconnu le plus prompt à guérir, comme le meilleur préservatif correctif, c'est la saignée générale : c'est à tel point que, pour moi et d'après les faits nombreux que j'ai recueillis, cet état de l'économie est une indication positive de la saignée générale. J'ai reconnu qu'en cas pareils les délayants, les dépuratifs, les purgatifs, étaient ordinairement sans avantage. Généralement le sang des saignées que j'ai pratiquées en circonstances pareilles, a présenté une couenne inflammatoire qui, presque toujours,

recouvrait un caillot peu volumineux et ferme ; or, nous savons qu'une telle qualité du sang dénote dans ce fluide un chiffre élevé de sa fibrine ; et, comme nos expériences ont clairement démontré dans le sang des nouvelles accouchées une élévation considérable de ce chiffre, n'est-il pas rationnel d'établir entre cette disposition pyogénique et l'état puerpéral un certain rapport, et de considérer cet état du sang chez les femmes en couches comme la cause essentielle de la diathèse purulente qu'elles peuvent offrir? Une raison qui milite en faveur de cette opinion, c'est que plus la femme est loin de l'époque où elle est accouchée, plus le chiffre de la fibrine diminue et plus elle perd cette disposition pyogénique. Si, après cela, on nous demande comment agit la fibrine en excès pour produire de semblables résultats, nous répondrons : 1° que c'est en disposant l'économie aux inflammations aiguës ; 2° en favorisant la marche de celles-ci et, par suite, leur prompte terminaison par suppuration. Comme conclusions thérapeutiques de cette manière de voir, qui repose entièrement sur des faits, nous croyons pouvoir avancer qu'en général la saignée et autres évacuations sanguines, aidées des moyens antiphlogistiques accessoires, constituent, en cas pareil, le traitement le plus rationnel, celui qui est aussi le plus fréquemment employé et qui procure le plus de succès.

« Selon quelques auteurs, la matière extractive, que l'analyse a fait rencontrer dans le pus, présenterait beaucoup d'analogie avec la matière caséeuse. Si cette analogie se trouvait confirmée, dit Andral (1), ne pourrait-on pas trouver à établir quelque rapport entre la présence normale du caséum dans le pus et la remarquable tendance à la suppuration que présentent un grand nombre de femmes après l'accouchement? » Aujourd'hui que la composition chimique du pus est mieux connue, il n'est plus possible d'admettre cette supposition.

Thérapeutique de la phlébite utérine.

Les moyens prophylactiques méritent ici la plus grande attention, car est beaucoup plus facile de prévenir que de guérir la phlébite. D'abord

(1) *Précis d'anat. pathol.*, tome Ier, page 391.

on conçoit combien il est important d'empêcher le croupissement sur toute surface importante où viennent aboutir une ou plusieurs veines, ainsi que l'emploi de topiques irritants ; ainsi, l'on fera bien, chez les nouvelles accouchées, d'éviter le coucher continuel en supination, qui favorise la stase des lochies et du pus dans l'utérus, et conséquemment, leur contact prolongé avec les sinus utérins mis à nu, ainsi que leur altération ; c'est dans la même vue que des injections d'eau pure, ou rendue émolliente, surtout quand les lochies sont purulentes ou d'une mauvaise odeur, peuvent produire tant d'avantage. Lorsqu'après l'accouchement des caillots de sang ou des portions de placenta séjournent dans l'utérus, les injections précitées, faites dans l'intérieur même de ce viscère, sont un moyen précieux non-seulement pour déterger la surface et entraîner des matières irritantes qui se forment à l'embouchure des sinus utérins, mais encore pour calmer l'inflammation et favoriser le dégorgement de cet organe. Des observations anciennes sont venues confirmer les avantages de cette méthode en pareils cas. Ainsi, dans les Mémoires de l'Académie de chirurgie (1) Recolin rapporte trois observations d'avortement qui prouvent l'avantage de ces espèces d'ablutions utérines. Dans un cas, en particulier, où des symptômes graves annonçaient une inflammation imminente de l'utérus, chacune des injections faites à plusieurs reprises dans la cavité de la matrice fut suivie presque instantanément d'un soulagement remarquable et bientôt de la guérison avec sortie d'une portion de placenta putréfiée. Il se servait d'une seringue dont le tuyeau était convenablement recourbé pour faire ces injections. « On pourrait, dit Dance (2), employer dans le même but une sonde en gomme élastique adaptée à l'extrémité de la seringue et portée jusqu'à l'entrée du col utérin. » Il nous semble même que dans un cas comme celui de la première observation, de Recolin, il eut été prudent de laisser la sonde à demeure, afin que des personnes étrangères à l'art pussent, en recourant à ces injections plus souvent que ne l'a fait Recolin, prévenir le retour de la gravité des symptômes, qu'une première

(1) *Encyclopédie des sciences médic.*, septième édition, tome II de ces Mémoires, page 252. — (2) *Arch.*, tome XIX, page 199.

injection avait conjurés, et dont le retour aurait pu rendre inefficace un moyen qui avait d'abord si bien réussi ; c'est à des cas pareils que certains instruments nouvellement imaginés, tels que le syphon de Charière, etc., sont applicables. Recolin pratiquait ces injections avec de l'eau chaude, qu'il préférait à tout autre liquide, comme étant plus dissolvante et plus détersive ; il les renouvelait plusieurs fois dans la journée suivant l'urgence des accidents, et chaque fois jusqu'à ce que cette eau ressortit de l'utérus sans avoir d'odeur. Le même procédé, dit Dance, devrait être mis en usage après l'accouchement dans les cas de suppression des lochies, de tension, de douleurs vers l'utérus, ou de métrite confirmée. Nous pensons que la rétention plutôt que la suppression des lochies, réclame ces soins, ainsi que tous les cas où, après l'accouchement, les écoulements par le vagin offrent une odeur fétide et dépendante, soit de la rétention d'un partie ou totalité du placenta ou des membranes, soit du séjour de caillots dans la cavité utérine, soit du séjour de pus ou de lochies, soit même de l'altération de celles-ci sans qu'il y ait rétention.

Quant au traitement de la phlébite elle-même, c'est ordinairement aux antiphlogistiques qu'on a recours ; ils doivent, en effet, être employés avec énergie dans les deux premiers degrés de cette affection, en ayant soin d'appliquer toujours un grand nombre de sangsues à la fois. Dans la phlébite utérine, la saignée paraît de beaucoup préférable aux sangsues, elle dégorge plus promptement la matrice et en favorise le retrait. Par là le calibre de ses veines est diminué, et la propagation de l'inflammation ainsi que le transport du pus sont moins à redouter. On aide ce moyen par les bains, les fomentations, les cataplasmes émollients, les boissons tempérantes, et tout ce qui concerne le régime des maladies aiguës.

« Dans le troisième degré de la phlébite (infection purulente) ne devrait-on pas, dit Dance, mettre en usage les médicaments dits antiseptiques? Car la saignée ne paraît point appropriée à l'espèce d'infection qui résulte du mélange du pus avec le sang ; la prostration générale, la faiblesse du pouls qui se remarquent alors, paraissent aussi contre indiquer toute émission sanguine ; toutefois, il semble, théoriquement parlant, que les saignées devraient soustraire au sang une certaine quan-

tité du pus qu'il contient, et par là diminuer les effets de cet agent délétère. »

Un point important consiste dans l'éloignement des causes propres à favoriser le développement des inflammations veineuses chez les nouvelles accouchées. Le plus souvent les femmes du peuple, impatientes de reprendre leurs occupations, ou dans la nécessité de le faire, comptant quelquefois sur l'innocuité de la conduite semblable qu'elles auraient tenue lors de leurs accouchements précédents, et sur celle qui résulte en général en cas pareil chez des femmes de leur famille, de leurs amies ou de leur connaissance, consacrent à peine quelques jours à se refaire des douleurs et des travaux de l'enfantement; elles quittent en général le lit, quittent prématurément les hôpitaux, et reprennent trop tôt le cours habituel de leurs travaux. Les ébranlements qui se communiquent alors à l'utérus par le fait de la marche, sont capables de provoquer ou d'exaspérer une inflammation du tissu et des veines de la matrice. Cependant, quant à la métrite et à la phlébite utérine, nous croyons que l'on a exagéré l'influence de cette espèce de cause; nous avons, à l'article métrite, cité deux cas où des femmes, prises des douleurs de l'enfantement au milieu des champs, l'une en hiver, et l'autre à la fin de l'été, se sont accouchées, et, peu après, ont fait à pied au moins un quart de lieue sans qu'il en soit résulté rien de fâcheux. J'ai souvent observé la même innocuité chez d'autres femmes qui se levaient le premier jour de leurs couches pour se livrer déjà à quelques travaux du ménage. Nous ne voulons pas dire qu'il y ait prudence d'en agir de la sorte, au contraire nous croyons qu'elles s'exposent à de graves accidents, et que, par conséquent, une telle conduite est blâmable.

Beaucoup de femmes se croient exemptes de tout accident lorsqu'elles arrivent au neuvième jour des couches, et négligent souvent alors les précautions hygiéniques que réclame encore leur position; elles se vêtissent légèrement, s'exposent au froid et à l'humidité, prennent des boissons excitantes, des aliments en trop grande quantité : de là des refroidissements qui suppriment les lochies, arrêtent la transpiration, des indigestions qui dérangent le travail nécessaire au dégorgement complet de l'utérus. Trop heureuses celles qui obéissent aux premiers avertissements des

douleurs et réclament des secours opportuns! Mais souvent elles marchent d'imprudence en imprudence, et rendent infructueux tous les efforts de l'art, surtout lorsque l'allaitement maternel ne vient point contrebalancer l'activité morbide du système utérin, et, en diminuant le chiffre de la fibrine du sang, diminuer dans ce liquide la disposition inflammatoire qu'il conserve.

« La nouvelle accouchée, dit Dance, devrait être aussi soigneuse de son régime que si elle était dans la convalescence d'une maladie grave; et ce n'est pas par le nombre des jours, qui se sont écoulés depuis l'accouchement, qu'on doit calculer le moment où elle peut se lever et reprendre ses occupations sans danger; mais bien par la manière dont les suites de couches se sont passées, et surtout par le degré de contraction et de dégorgement qu'a subi l'utérus, genre de travail qui est plus ou moins long suivant les individus : tant que cet organe est appréciable à l'hypogastre par le toucher, la moindre imprudence peut avoir des suites funestes. Des accidents survenus dans un état puerpérale antécédent peuvent nécessiter, pour en prévenir le retour, une plus longue continuité de ces précautions. »

Thérapeutique de l'infection purulente.

La thérapeutique de cette affection doit varier comme sa nature. Lorsqu'il y aura altération du sang, diminution plus ou moins considérable de sa fibrine, par suite du mélange d'un pus altéré avec ce fluide, il faut renoncer aux évacuations sanguines, il faut employer le traitement que nous ferons connaître en parlant de la fièvre puerpérale; c'est ici que les stimulants diffusibles, les toniques devront être mis en usage.

Lorsque l'infection purulente sera occasionnée par l'absorption ou le mélange du pus avec le sang, c'est alors qu'on devra recourir aux injections utérines, au traitement de l'affection qui produit le pus en même temps que l'on dirige un traitement approprié vers les parties où se manifestent les symptômes de dépôts purulents. Alors on évitera soigneusement les saignées générales qui favorisent l'absorption veineuse, et qui, par conséquent, favoriseraient la résorption purulente. Comme la présence du

pus dans le parenchyme des organes est une cause irritante, qui, généralement, donne lieu à une inflammation qui se termine promptement par suppuration, lorsque les premiers symptômes de celle-ci se manifesteront, c'est encore le traitement antiphlogistique qui sera le mieux indiqué : ainsi des sangsues en grand nombre appliquées le plus près possible du mal, des émollients, etc.

Lorsque la sympathie morbide semble cause du développement de la phlébite sur plusieurs points du système veineux, on attaquera successivement chacun des points malades par le traitement approprié au point de départ ; les antiphlogistiques formeront donc encore la base de traitement.

Lorsque le développement d'abcès multiples semblera se rattacher à la diathèse purulente, et que la formation de ces foyers purulents sera accompagnée de réaction, nous avons fait connaître, en parlant de la nature de l'infection purulente quel était le traitement qui offrait le plus de chance de succès, (encore les antiphlogistiques).

On voit, d'après ce qui précède, que le traitement antiphlogistique convient, pour ainsi dire, à toutes les variétés de l'infection purulente. On conseille, dans certains cas, d'unir les narcotiques aux émollients ; cette union convient surtout chez les personnes nerveuses, et lorsque la douleur offre beaucoup d'intensité.

Comme l'infection purulente se montre souvent rebelle aux ressources rationnelles de l'art, on a essayé, pour la combattre, certains moyens empiriques. Ainsi, l'on a eu recours au tartre stibié à haute dose ; outre qu'il est impossible encore de distinguer dans les observations, l'effet de ce médicament, qui a été administré comme perturbateur, chez une nouvelle accouchée, l'action d'un remède aussi énergique serait à même de donner lieu à des accidents graves qui constitueraient des conplications fâcheuses.

Les purgatifs ont également été prescrits, mais on ne connaît encore rien de positif sur leurs effets. Le calomel, dont l'action est complexe, est employé de préférence par quelques médecins dans les cas où les mercuriaux ont été regardés comme pouvant jouir d'une certaine efficacité. Dans les cas observés par MM. Blandin et Trezzi, ce médicament n'a paru avoir aucune influence sur la marche de l'affection.

Ces médicaments ont été administrés à très-haute dose. Le nitrate de potasse en particulier a été mis assez fréquemment en usage. Jos. Frank pense qu'il serait utile de l'unir à de petites doses de camphre ; mais cet auteur ne cite aucun fait qui vienne à l'appui de son assertion. Tout reste donc à faire sur l'emploi des diurétiques.

On a recommandé aussi l'emploi des toniques fixes ou diffusibles. Parmi ces derniers l'acétate d'ammoniaque est particulièrement indiqué par M. Cruveilhier. On peut, dit Valleix, prescrire la formule suivante :

℞ : Racine de bardane. ʒ i.
Eau.. . . . . ℔ i.
Faites macérer pendant une heure, passez et ajoutez :
Sirop sudorifique. } ââ ʒ i.
Esprit de Mindererus. }
A prendre par grands verres dans la journée.

Joseph Franck convaincu, dit-il, que la douce amère agit d'une manière toute spécifique sur les veines, a une grande confiance dans ce médicament; mais encore ici l'observation est entièrement muette. Cette substance se prescrit à la dose de trois gros par livre d'eau.

M. Teissier a publié dans la *Gazette médicale* quelques considérations sur l'emploi de l'aconit dans l'infection purulente. Après avoir insisté d'abord sur la difficulté de diagnostic que présente cette maladie, qui peut exister seule ou venir compliquer une autre affection plus ou moins grave par elle-même, ce médecin conseille de commencer le traitement, lorsque la maladie débute par une inflammation, par l'emploi des moyens antiphlogistiques actifs, tels que sangsues, bains locaux ou généraux, etc. Lorque le malade est convenablement affaibli, M. Teissier administre l'alcoolature d'aconit de la manière suivante :

℞ Eau sucrée ou sirop simple ʒ viii.
Alcoolature d'aconit. . . . . ʒ ii.

Mêler une cuillerée de cette liqueur à la boisson du malade, de manière qu'il ait pris au moins la moitié de la dose en vingt-quatre heures ; con-

tinuer ensuite en augmentant ou en diminuant la dose, suivant la persistance des accidents, ou suivant l'amélioration obtenue.

En même temps on favorise la résolution des foyers inflammatoires par des onctions d'une pommade à l'iodure de plomb, contenant une once de sel par un quart d'axonge. On recouvre le linge qui sert à l'onction avec des cataplasmes émollients.

Le résultat de cette médication est de calmer la fièvre, et d'amener au bout de douze heures environ une amélioration sensible. M. Teissier conseille, lorsque la maladie est très-grave, comme à la suite des grandes opérations, dans la péritonite puerpérale, etc., de donner l'aconit dès le début des accidents, d'en forcer les doses et d'en saturer pour ainsi dire l'économie.

Ce médicament constitue non-seulement un traitement curatif, mais encore il peut, suivant l'auteur, prévenir le développement de la maladie. Ainsi, lorsqu'on a lieu de redouter cette affection, on donne aux malades dix-huit grains d'alcoolature d'aconit chaque jour dans leur tisane. M. Teissier assure avoir plusieurs fois constaté les bons effets de cette médication préventive.

L'auteur rapporte plusieurs observations de diathèse purulente où l'aconit a fait merveille. Il cite surtout quelques cas de péritonite puerpérale qui, comme on le sait, constitue une maladie souvent mortelle lorsqu'elle sévit dans les hôpitaux sous forme d'épidémie. Enfin il termine son travail par le récit d'une infection purulente observée dans le service de M. Nélaton, et qui se termina par la guérison, grâce à l'emploi de l'aconit par la méthode indiquée.

L'eau de Luce est un savonule ammoniacal particulier, ou l'union de l'ammoniaque caustique et fluide avec l'huile empyreumatique de ricin rectifiée. Ces deux substances agitées ensemble forment un liquide laiteux. Ce moyen a été recommandé et employé avec succès dans le traitement de l'infection purulente qui succède à la phlébite. Il la considère comme un remède propre à favoriser les sueurs aux moyens desquelles le sang se dépure du pus qu'il contient.

Souvent il se manifeste, dans le cours d'une plébite, des symptômes

intermittents, des frissons, de la fièvre, des sueurs, etc. On a considéré ces phénomènes comme une indication de recourir au sulfate de quinine; nous-même l'avons employé en pareilles circonstances, mais sans résultats avantageux; il devait en être ainsi, puisque ces accès n'étaient que symptomatiques.

Restent maintenant quelques autres moyens, tels que bains de vapeur, affusions et lotions froides recommandées par Frank; les frictions mercurielles, les boissons acidulées. Ces moyens, qui ne nous présentent pas plus de certitude que les précédents, méritent seulement d'être mentionnés.

CHAPITRE HUITIÈME.

DES PHLEGMONS DU BASSIN, SUITES DE COUCHES.

Les phlegmons du bassin, suites de couches, phlegmons iliaques de Grisolles et d'autres auteurs, ont été, dans ces derniers temps, le sujet de recherches très-importantes. Dupuytren dans ses leçons cliniques, Husson et Dance dans le Répertoire d'anatomie et de physiologie de Breschet, Menière dans les Archives de médecine, Piotay et Lebatard dans des thèses de 1837, Grisolles dans les Archives de médecine de 1839, Delhaye dans les Annales d'oculistique et de gynécologie de 1838, et beaucoup d'autres auteurs, ont fourni une masse de faits imposants, et ont déduit des considérations pratiques importantes qui ont de beaucoup reculé les bornes de la science sur ce point intéressant de la pathologie des femmes en couches.

Cette maladie, qui se rencontre assez fréquemment dans la pratique, n'a pas été ignorée des anciens, dont le génie observateur ne laissait rien passer sous silence. Delamotte (1), Ledran (2), Levret (3), Bourienne (4), Puzos (5),

(1) *Chirurgie*, tome Ier. — (2) *Observ. de chirur.*, tome II, Paris 1731. — (3) *Art des accouch.*, page 175. — (4) *Journ. de méd.*, t. XLIII, année 1775. — (5) *Mémoire sur les dépôts lait.*, p. 72.

Deleurye (1), ont publié sur ce sujet des observations importantes. Ces auteurs avaient surtout considéré cette maladie comme étant consécutive aux couches, bien que des faits authentiques prouvent la possibilité de son existence dans d'autres conditions de la vie.

Grisolles (2) a tracé, de main de maître, l'histoire des tumeurs phlegmoneuses des fosses iliaques. Appuyé sur douze faits qui lui sont propres, et sur soixante et un qu'il a puisés dans les annales de l'art, il a cherché (et nous croyons qu'il n'a pas été loin d'atteindre son but) à résoudre tous les problèmes qui se rattachent à l'histoire de cette maladie. Il a confondu dans une même description ces abcès succédant aux couches et ceux qui surviennent en dehors de l'état puerpéral ; « car, dit-il (3), les symptômes leur sont communs et ils sont susceptibles des mêmes terminaisons; la seule différence qui, parfois, les distingue, c'est que, dans quelques cas fort rares, les collections purulentes qui succèdent aux couches semblent occuper primitivement l'un des ligaments larges de l'utérus, dont le tissu cellulaire n'est réellement qu'une dépendance de celui qui remplit les fosses iliaques. Cette différence dans le point de départ de la maladie, en supposant même qu'elle fut plus fréquente qu'elle n'est réellement, ne serait pas tellement importante qu'elle dût nécessiter une description spéciale pour les phlegmons survenant dans le cours de l'état puerpéral. » Nous ne partageons pas sous ce rapport la manière de voir de M. Grisolles. Nous avons eu occasion de donner des soins à des hommes atteints de phlegmon du bassin, ainsi que chez des femmes en vacuité. Or, nous avons reconnu une si grande différence dans les symptômes, la marche, la terminaison, le pronostic et le traitement de ces affections, que nous croyons qu'il est très-important pour la pratique d'en séparer la description. Et comment en serait-il autrement? Les causes des phlegmons du bassin suites de couches sont généralement particulières à cet état ; les conditions spéciales, dans lesquelles se trouve alors l'économie entière, entre autres le sang, les organes contenus dans le bassin, et même dans tout l'abdomen, doivent donner,

(1) *Accouch.*, deuxième édition, 1777, page 509. — (2) *Archives générales de méd.*, année 1839, tome IV, troisième série, pages 34, 137 et 293. — (3) Page 35.

et donnent réellement à cette maladie un cachet particulier, des sympathies beaucoup plus nombreuses, des complications plus fréquentes, plus nombreuses et plus graves, la terminaison par suppuration plus commune et plus prompte, un prognostic plus grave, et une marche incomparablement plus rapide.

Le diagnostic différentiel de ces tumeurs offre aussi, dans l'état puerpéral, quelque particularité; ainsi, la tumeur formée par l'oophorite, par la métrite partielle ou générale, par la phlogose des trompes, par l'inflammation partielle du péritoine, sont autant de circonstances qui ne se rencontrent qu'exceptionnellement dans le même genre de maladie lorsque celle-ci se déclare hors l'état de couches, et qui ont plus d'une fois rendu le diagnostic difficile.

« Les auteurs, dit Delhaye (1), ne sont pas d'accord sur le siége de la métrite terminée par suppuration; la plupart le placent dans le tissu cellulaire de la fosse iliaque ; ils se fondent sur ce que ce système étant à cet endroit fort abondant devient par là plus propre à la pyogénie que le tissu dense et serré de l'organe générateur de la femme. Ce motif, dit-il, n'est que spécieux, car la langue, organe analogue pour sa texture, avec la matrice, nous a déjà offert des abcès plus volumineux que le comporte relativement son tissu d'union. Au reste la matrice est assez amplement pourvue de tissu cellulaire dans le voisinage de son col, dans ses annexes, et c'est de là que part le plus souvent cette étincelle phlegmoneuse qui va fuser au loin dans la cavité du bassin. » Sans doute les phlegmons du bassin suites de couches reconnaissent fréquemment, pour point de départ, l'étincelle utérine que désigne, M. Delhaye, et que les faits mettent en évidence tous les jours; sans doute aussi l'inflammation des trompes, des ovaires, des ligaments ronds, peuvent se terminer par suppuration, le foyer purulent se développer dans l'une et l'autre partie du bassin; ici encore ces phlogoses auront été le point de départ du phlegmon, et, sous ce rapport, les faits ne font point défaut. Plus souvent nous avons vu l'une ou l'autre de ces phlegmasies, auxquelles on peut joindre celle du péri-

(1) Ouvrage cité, page 424.

toine, voire même celle du cœcum, se propager au tissu cellulaire du bassin, des ligaments, larges, des fosses iliaques, et l'inflammation primitive s'éteindre à mesure que l'élément morbide se propageait sur d'autres parties.

Mais s'il en est souvent ainsi, nous verrons, par les faits que nous allons rapporter, que cette règle générale souffre d'assez nombreuses exceptions. Ainsi, dans quelques cas, la tumeur de la fosse iliaque ou du bassin, même avant sa terminaison par suppuration, et lorsque la nature aidée par l'art peut encore en déterminer la résolution, bien que reconnaissant pour point de départ l'une ou l'autre des phlogoses précitées, a souvent fini par constituer seule toute la maladie, et l'utérus, la trompe, l'ovaire ou le péritoine en être totalement débarrassés. Cette tumeur phlegmoneuse du bassin, ainsi isolée, offre des symptômes, une marche et une terminaison particulière; elle réclame un traitement spécial; son histoire doit donc être séparée de celle des organes où la phlegmasie a débuté : aussi, dans ces circonstances, l'on a souvent remarqué que la médication qui guérissait ces tumeurs, guérissait tout l'appareil morbide qui les accompagnait. Et ce n'est pas chose bien rare de voir une inflammation quitter un organe pour s'étendre, par contiguïté de tissu ou autrement, à une autre partie plus ou moins rapprochée, tels que l'érysipèle du cuir chevelu s'étendant à l'encéphale, la pleurodynie à la plèvre, la pleurésie au foie, la duodénite au même organe, la bronchite capillaire au tissu du poumon, la phlegmasie du cœcum au tissu cellulaire qui l'avoisine, etc.; dans ces cas, si l'inflammation primitive a cessé d'exister (chose assez commune), la partie nouvellement phlogosée n'offre-t-elle pas une maladie distincte de celle qui en fut l'étincelle, et ne réclame-t-elle pas une description séparée? Pour nous la chose n'est pas douteuse; et, malgré tout le respect que nous professons pour la vaste érudition, pour le génie observateur, et pour les travaux de M. Delhaye, nous croyons nécessaire et utile à la pathologie, nécessaire et utile à la pratique, de tracer séparément l'histoire des phlegmons du bassin suites des couches. Dans les cas d'abcès de la fosse iliaque résultat d'une oophorite qui s'est terminée par suppuration, d'une métrite qui a offert la même marche, il est bien plus important pour la pratique de ne tenir compte que de cet abcès, en rangeant la phlegmasie de l'ovaire ou de l'utérus au nombre des

causes qui peuvent donner lieu à ces collections purulentes, que de ranger ces phlegmons dans la description de ces phlogoses. Du reste, les faits que nous allons faire connaître, donneront la preuve que ces phlegmons du bassin sont quelquefois idiopathiques, indépendants de toute autre lésion antécédente ou concomittente, et qu'ils résultent de causes tout à fait particulières. Or, ces cas seuls, quoique rares, ne réclameraient-ils pas une description séparée?

L'inflammation du tissu cellulaire qui environne les organes de la génération, leurs annexes et les portions d'intestin contenues dans le bassin et les fosses iliaques, occasionne, quelle que soit la cause qui la produise, une tumeur ordinairement accessible à nos moyens d'exploration, et se termine le plus souvent par suppuration. C'est cette inflammation que nous allons étudier comme une maladie particulière, distincte, ayant sa place à part dans le cadre nosologique. « Je n'ignore pas, dit Valleix (1), que si l'on a égard aux siéges nombreux et très-différents qu'elle occupe, ainsi qu'aux circonstances dans lesquelles elle se produit, on sera plutôt porté à ne la considérer que comme un résultat d'affections très-diverses. Mais nous devons faire ici ce que nous avons fait déjà pour d'autres états morbides qui, bien que consécutifs, avaient une importance pratique beaucoup trop grande pour ne pas être traitées à part avec toute l'extension nécessaire; c'est ce que nous avons fait en particulier pour l'œdème de la glotte. »

§ I^er^. *Clinique des phlegmons du bassin, suites de couches.*

VINGTIÈME OBSERVATION. *Abcès iliaque, suite de couches. Aigu dans le principe, il est ensuite devenu chronique, de longue durée ; il fut ouvert par le bistouri.* — La femme V..... de N....., de taille moyenne, lymphatico-sanguine, ménagère, âgée de quarante-trois ans, peu aisée, habituellement bien réglée et bien portante, accoucha pour la deuxième fois d'un garçon bien portant. Ses deux accouchements furent naturels, seulement le travail fut un peu long. A la suite du premier, elle fut trois mois à se rétablir, souffrant presque continuellement du ventre ; à la suite de son deuxième accouchement, elle fut très-bien pendant trois à quatre jours, alors se déclara un frisson à la suite duquel elle ressentit une douleur au-dessus de la partie moyenne du ligament de

(1) Ouvrage cité, édition Belge, tome II, page 551.

Poupart droit ; les lochies diminuèrent et devinrent jaunâtres. Cette douleur iliaque fut en augmentant d'intensité, elle s'accompagna de fièvre, d'accablement, d'anorexie, etc. ; quand elle me consulta, elle était au quinzième jour de ses couches, sa maladie datait de dix à douze jours. La douleur de la fosse iliaque droite était vive, elle augmentait par la pression, par les mouvements de la cuisse droite, par les mouvements du tronc en avant, en cherchant à s'asseoir, en se couchant sur le côté ; le ventre est un peu tympanisé ; les lochies continuent de couler, mais elles sont peu abondantes et jaunâtres ; les urines sont rares et rouges ; les selles sont rares et dures ; il y a peu d'appétit ; un peu de soif ; langue blanche ; sensibilité au froid ; de temps en temps horripilations. Par le palper, je reconnais une tumeur du volume du poing, arrondie, un peu allongée de bas en haut et de dehors en dedans, située dans la fosse iliaque droite ; elle est dure, douloureuse au toucher ; déjà la malade tient volontiers la jambe droite fléchie sur la cuisse et celle-ci sur le bassin. Je prescris une application de sangsues *loco dolenti* ; cataplasmes émollients, lavements, boissons acidulées ; repos au lit ; régime doux. Elle avait peu de lait, et, comme elle toussait un peu, j'ai fait sevrer l'enfant. C'était le 1er juin 1837 que ma première visite eut lieu. La tumeur résista aux antiphlogistiques ; seulement les symptômes locaux et la fièvre diminuèrent.

Le 15, la tumeur se ramollit, des horripilations ont lieu de temps en temps ; il y a des sueurs nocturnes, de la toux et de l'amaigrissement. Frictions sur la tumeur avec l'onguent mercuriel double.

Le 30, la tumeur semble se rapprocher de la peau et se ramollir de plus en plus ; la malade en souffre de moins en moins ; mais, quand elle est couchée surtout, la toux devient fréquente, s'accompagne d'oppression, d'expectoration de crachats épais, blanchâtres. La maigreur fait des progrès effrayants, les forces s'épuisent, les sueurs nocturnes augmentent ; j'explore la poitrine, qui ne présente que des symptômes de bronchite. Je remplace l'onguent mercuriel double par la pommade d'hydriodate de potasse.

Le 19 juillet, cinquante-neuvième jour de la maladie, la toux, l'expectoration, l'affaiblissement, le marasme, le dévoiement, les sueurs nocturnes font redouter une phthisie latente ; la tumeur est fluctuante, proéminente au-dessus du ligament de Poupart ; du reste, il n'y a ni rougeur, ni chaleur, ni douleur ; l'ouverture en est pratiquée ; il en sort au moins un demi-litre de pus de bonne nature, sans odeur, et sans gaz ; pansement simple.

Le 20, il y a un mieux marqué dans les symptômes locaux et généraux. En dix-huit jours de temps elle était guérie.

Mais il lui était resté de petites douleurs dans le ventre, un peu d'empâtement, de dureté dans la fosse iliaque droite ; aussi, l'année d'après, il s'y forma un nouvel abcès que l'on a dû ouvrir et dont elle a promptement guéri. Depuis lors elle s'est toujours bien portée, et n'a plus rien ressenti dans le ventre.

des horripilations, des sueurs nocturnes de plus en plus abondantes, de l'affaiblissement, de la maigreur, du marasme ; elle dut conserver la cuisse fléchie sur le bassin et la jambe sur la cuisse. On n'employa que des cataplasmes émollients ; un régime et des boissons antiphlogistiques, des lavements.

Au bout de deux mois, la tumeur, qui avait le volume précité, devint d'un rouge bleuâtre ; un médecin essaya d'en faire l'ouverture au moyen d'une lancette, mais, n'ayant pas pénétré assez profondément, il ne s'écoula que quelques gouttes de sang.

Dans le cours de la nuit suivante, une amélioration instantanée avec sensation d'humidité fit supposer à la malade que son abcès était spontanément ouvert, on leva le cataplasme et l'on reconnut qu'il s'était formé une petite ouverture sur un point rapproché de la plaie faite par la lancette ; cette ouverture fit de rapides progrès en largeur, et ne tarda pas à acquérir au moins un demi-pouce de diamètre. Il s'est écoulé une grande quantité de pus, que les assistants, à cause de sa blancheur, considéraient comme du lait épanché. Cette suppuration n'a tari qu'à la fin du troisième mois.

Le phlegmon iliaque dont nous venons de rapporter l'histoire, ne semble pas encore avoir pris naissance dans l'utérus; en effet, pendant les huit premiers jours qui suivirent l'accouchement, aucun indice de maladie ne s'était déclaré du côté de la matrice, et la femme marchait rapidement vers sa guérison, lorsqu'à la suite d'un frisson elle ressentit pour la première fois de la douleur; mais où? Dans la fosse iliaque droite, à l'endroit où s'est développé l'abcès. Nous pensons que l'absence presque complète de sécrétion laiteuse peut être considérée comme une cause prédisposante de cette affection, et, d'après la couleur du pus, les anciens n'auraient pas manqué de caractériser cet abcès de dépôt laiteux.

Un accouchement long, laborieux et pénible pourrait faire croire à une inflammation antécédente de la matrice, parce que, dans cette circonstance, c'est ordinairement cet organe qui est le plus exposé à recevoir l'influence fâcheuse d'un pareil travail; mais comment admettre une maladie là où il n'existe pas de symptômes? Du reste, pendant un accouchement aussi long, aussi laborieux, toutes les parties molles qui entrent dans la composition du bassin, ne sont-elles pas exposées aux contusions, aux froissements, et par conséquent aux causes d'inflammation idiopathique?

Le développement d'abcès pelviens n'occasionne pas toujours la sup-

pression des lochies; mais, quand cette suppression a lieu, nul doute qu'elle ne contribue puissamment à aggraver la phlegmasie, et à en favoriser la terminaison par suppuration.

Ce que ce fait nous a paru offrir de plus important, c'est que le mal fut complétement abandonné aux seules ressources de la nature. Sa marche, sa durée et ses suites peuvent donc servir de type pour tracer l'histoire de cette maladie.

VINGT-DEUXIÈME OBSERVATION. *Abcès au sein. Phlegmon du bassin, suite de couches; ouverture spontanée; guérison.* — La femme Jean V....., de N....., âgée de quarante-cinq ans, de taille moyenne, assez bien constituée, tempérament sanguin, indigente, a eu dix enfants. Tous ses accouchements furent faciles et heureux ; ils ne furent suivis d'aucun accident fâcheux. Elle me consulta le 7 avril 1840 ; elle m'apprit que depuis sept ans elle avait perdu son mari ; que depuis lors elle avait toujours été bien réglée et bien portante. Dans le cours de 1839, elle eut avec un de ses voisins des rapports par suite desquels elle devint enceinte ; l'auteur de sa grossesse ne voulut pas la marier ; elle en fut vivement contrariée; sa gestation, cependant, marcha régulièrement, et elle accoucha le 20 mars 1840. Comme les autres fois, son accouchement fut naturel et facile ; elle a allaité son nourrisson.

Le huitième jour de ses couches, elle allait tellement bien, que déjà elle pouvait sortir, faire une partie de sa besogne, porter de lourds fardeaux et laver à l'eau coulante, quand deux de ses garçons, après lui avoir fait de vifs reproches, se prirent de querelle, et se battirent avec acharnement sous ses yeux; elle en éprouva une si vive frayeur, un chagrin si profond, qu'elle fut aussitôt prise d'un frisson qui dura au moins une demi-heure, fut suivi de fièvre, de courbature, ce qui l'obligea de se mettre au lit. Les lochies se supprimèrent pour ne plus reparaître. Le sein gauche la fit souffrir, ce qui l'engagea à ne plus allaiter son enfant de ce côté. Lorsque je la vis, il existait à la partie inférieure de la mamelle gauche une tumeur arrondie, molle, élastique, rouge et fluctuante, sensible à la pression. Elle le recouvrait de cataplasmes émollients, que j'ai fait continuer. Elle se plaint aussi d'éprouver de la douleur à la région ombilicale ; ces douleurs reviennent comme par accès, surtout à la suite du plus petit effort qu'elle peut faire, ce que j'attribue à un relâchement des parois antérieures du ventre ; je conseille contre cette indisposition le bandage de corps qu'elle a trop tôt abandonné.

C'est depuis son frisson et lorsque les lochies furent supprimées, qu'elle commença à ressentir des douleurs dans la fosse iliaque droite ; ces douleurs, d'abord sourdes et momentanées, devinrent continues et de plus en plus aiguës ; dès leur origine, elles

n'empêchaient pas la malade de se redresser, mais déjà elle en éprouvait de la gêne en marchant ; enfin, à mesure qu'elles firent des progrès il se développa une tumeur qui prit bientôt le volume d'un œuf de poule, que l'on ne reconnaissait d'abord qu'au toucher, et qui plus tard est devenue sensible à la vue. Cette tumeur, située dans la fosse iliaque droite, derrière la partie moyenne du ligament de Poupart, gêne les mouvements de la cuisse droite, qu'elle doit tenir constamment fléchie : le corps reste aussi sensiblement incliné de ce côté, de telle sorte que, quand elle marche, elle doit rester courbée dans ce sens ; ces mouvements sont difficiles et douloureux. Cette tumeur offre à peu près le volume et la forme d'un œuf ; elle est dure, sensible au toucher, sans chaleur ni rougeur ; elle ressemble quelque peu à une hernie crurale, dont elle diffère cependant par sa position plus élevée, sa situation au-dessus du ligament de Fallope, par sa non réductibilité, par sa résistance plus grande, par sa forme allongée selon la direction de ce ligament, par la manière dont elle s'est déclarée, par les circonstances commémoratives, par la liberté du ventre et l'absence de tous autres signes de hernie étranglée. La langue blanche, l'appétit nul, le pouls un peu accéléré ; la femme est sensible au froid ; lorsqu'elle est au lit elle a de légères sueurs ; elle continue à donner le sein ; je n'ai pu percevoir l'utérus par le palper hypogastrique.— Traitement : douze sangsues sur la tumeur iliaque droite ; trois frictions par jour de 3 ii d'onguent napolitain chacun sur cette région, que l'on recouvre ensuite de cataplasmes émollients ; lavements doux ; repos ; régime et boissons antiphlogistiques.

Le 14 avril, l'abcès du sein s'est ouvert spontanément, déjà il est en voie de guérison ; la tumeur iliaque droite est augmentée de volume ; il y a de l'empâtement œdémateux dans le tissu cellulaire sous-cutané correspondant ; elle est partagée en deux parties inégales par un enfoncement linéaire, une espèce de pli rentrant formé par le ligament de Fallope ; elle n'en souffre pas encore beaucoup ; elle éprouve des sueurs nocturnes ; elle ne ressent ni frissons ni horripilations ; je n'y ai pu percevoir de fluctuation. Selles et urines normales ; anorexie ; courbature ; peu de fièvre. Même traitement, sans les sangsues.

Le 19, l'abcès iliaque s'est ouvert spontanément, il en est sorti une assez grande quantité de pus de bonne nature. On a continué les émollients, et le 29 la malade était guérie.

Ce qui, dans le fait que nous venons de rapporter, nous paraît digne de remarque, c'est 1° la cause occasionnelle de l'affection ; en effet, cette femme allait bien lorsqu'une vive et pénible émotion morale lui occasionne un frisson suivi de fièvre et du développement d'une tumeur au sein gauche et d'un autre à la fosse iliaque droite ; 2° c'est le développement simultané

des deux tumeurs inflammatoires, situées loin l'une de l'autre; généralement les choses ne se passent pas ainsi. Communément lorsqu'il s'établit, dans l'économie, un centre de fluxion, par cela seul les autres points en sont préservés; souvent même quand il en existe deux à la fois, le plus puissant établit sur l'autre une dérivation qui le fait disparaître; mais cette loi pathologique que l'on étend fréquemment à la thérapeutique, comporte de nombreuses exceptions, parmi lesquelles se range le cas que nous venons de citer.

VINGT-TROISIÈME OBSERVATION. *Inflammation du tissu cellulaire de la cavité iliaque droite, terminée par suppuration, chez une nouvelle accouchée.* — La femme L...., de M...., primipare, grande et bien constituée, maigre, fortement marquée de la variole, âgée de vingt-quatre ans, habituellement bien portante, ménagère, accoucha naturellement et à terme au commencement de janvier 1844. Les suites de couches furent heureuses; elle a allaité son enfant; elle paraissait rétablie; elle avait même repris ses occupations, quand, dans les premiers jours de février elle fut prise d'un dévoiement assez fort, et d'une douleur sourde dans la fosse iliaque droite; elle n'en continua pas moins sa besogne; mais cette douleur ayant lentement et faiblement augmenté, et la gênant pour remplir ses devoirs de ménagère, elle fit, à pieds, trois-quarts de lieue pour venir me consulter chez son père où je me trouvais le 14 mars 1844. Elle est maigre et affaiblie; elle éprouve de temps en temps des horripilations, mais peu ou pas de sueur; elle marche difficilement et un peu courbée en avant et à droite; depuis trois à quatre jours seulement son dévoiement est arrêté; la sécrétion laiteuse n'est pas altérée. Couchée en suppination, elle peut étendre sa cuisse droite presque sans gêne ni douleur; il existe, dans la fosse iliaque droite, à l'endroit correspondant à la douleur, une tumeur dure, ayant le volume du poing, un peu allongée selon la direction du ligament de Poupart, derrière et au-dessus duquel elle est située; elle est rapprochée de la paroi abdominale avec laquelle elle semble faire corps; elle est sans chaleur ni rougeur à la peau; elle est immobile et peu sensible à la pression. — Traitement : dix sangsues sur la partie tuméfiée; boissons et régime doux; ℥ ii d'onguent napolitain en friction trois fois par vingt-quatre heures; cataplasme émollient.

Ce traitement fut suivi exactement pendant huit jours; alors je fis suspendre l'emploi de l'onguent mercuriel, non parce qu'il aurait pu survenir de la salivation, mais parce que la tumeur avait augmenté de volume, s'était rapprochée de la peau, était fluctuante, et offrait ces signes d'adhérence caractérisés par un cercle irrégulier, assez dur, dans l'aire duquel la fluctuation était évidente. Je plongeai, vers le centre de ce cercle, la pointe

d'un bistouri droit ; cette ponction donna issue à un demi-litre environ de pus de bonne nature, sans odeur et sans gaz. La malade éprouva un soulagement immédiat. Pansement simple ; cataplasme, repos, régime.

Le 10 avril, la suppuration est devenue de moins en moins abondante, de plus en plus claire, jaunâtre, elle est aujourd'hui complétement tarie, n'ayant laissé à sa suite aucune trace de l'affection qui lui a donné naissance.

Cette femme était accouchée depuis près de six semaines lorsqu'a débuté la tumeur iliaque ; à cette époque des couches, il est vrai que chez certaines femmes, l'état puerpéral n'est pas encore fini ; mais il est également vrai qu'alors son influence sur le caractère et la marche des phlegmons iliaques est bien peu prononcée ; aussi a-t-on pu remarquer combien les symptômes de cette affection ont offert peu d'acuité, peu de troubles généraux, et combien fut lente la marche de la maladie.

Le dévoiement, qui a marqué le début du mal, nous a porté à admettre une inflammation cœcale qui, par contiguïté de tissu, s'est propagée au tissu cellulaire de la fosse iliaque et a donné lieu au phlegmon décrit ci-dessus.

Ici, les résultats des onctions mercurielles offrent beaucoup de rapport avec ce que dit M. Delhaye de l'action des mercuriaux en cas pareil ; sous leur influence, en effet, la tumeur est assez promptement tombée en fonte. Mais la suppuration, sans l'action de cet agent thérapeutique, et par le seul fait de la marche progressive de la maladie, ne se serait-elle pas également établie? C'est là une question que les faits seuls peuvent décider.

Le diagnostic de cette affection m'a paru clair ; le mal appartenait bien évidemment au tissu cellulaire de la fosse iliaque et non à une psoïte ; en effet, nous avons vu que la malade pouvait redresser sa cuisse et marcher légèrement courbée à droite et en avant ; tandis que dans la psoïte, la jambe reste fléchie sur la cuisse, celle-ci sur le bassin, et le genou déjeté en dehors, sans que ce membre puisse se redresser ; dans ce cas, du reste, le pus suivant le trajet du psoas, vient souvent former tumeur à la partie interne et supérieure de la cuisse.

VINGT QUATRIÈME OBSERVATION. *Phlegmon du bassin suite de couches; perforation du vagin t sortie du pus par le canal vulvo-utérin.* — La femme S...., de P...., âgée de trente-deux ns, grande et fortement constituée, lymphatico-sanguine, ménagère, accoucha de son econd enfant, à terme, le 26 septembre 1836. L'accouchement fut long et laborieux, outefois il se termina sans accident et par les seules forces de la nature. Les premiers ours des couches elle se trouva bien; mais, sans cause connue, elle ressentit, le 1er octo- re (cinquième jour des couches) des frissons suivis de fièvre, d'accablement, etc., ce ue l'on attribua à la fièvre de lait.

Le septième jour, elle éprouva une vive frayeur, à la suite de laquelle les lochies se upprimèrent; elle eut beaucoup de fièvre, du délire pendant la nuit, et éprouva de vio- entes douleurs à l'hypogastre. Un médecin, consulté sur cet état maladif, lui pratiqua ne saignée du bras, et lui fit appliquer vingt-trois sangsues sur l'hypogastre; elle n'en prouva aucun soulagement.

Le onzième jour au soir, je la vis pour la première fois; tel était son état : couchée en uppination; face animée, exprimant la douleur et la crainte; langue blanche, soif, ano- exie; il y a eu quelques vomissements; la sécrétion laiteuse continue; la peau est chaude, e pouls plein et accéléré; elle est fort sensible au froid; de temps en temps il survient les sueurs. Elle ressent des douleurs continuelles à la région hypogastrique; ces dou- eurs s'exaspèrent par moment au point d'arracher des cris à la malade; elles sont plus ortes à droite qu'à gauche; la région hypogastrique est gonflée, un peu ballonnée, très- ensible à la pression; vers la partie interne de la région iliaque droite, dans le ligament arge de ce côté, le palper fait reconnaître une résistance, que l'on ne peut circonscrire à raison de la vive sensibilité de cette région. Le moindre mouvement, surtout si elle veut se mettre sur l'un de ses côtés, la fait beaucoup souffrir; il lui semble alors qu'un corps pesant retombe sur le côté le plus déclif; cependant, pour uriner, elle est obligée de se mettre à genoux; dans toute autre position la miction ne peut pas avoir lieu. Son urine est rouge et peu abondante; il y a constipation; les lochies restent supprimées. — Vingt- quatre sangsues aux parties génitales; ventouses sèches en dedans des cuisses; lave- ments; injections émollientes; cataplasme narcotico-émollient sur l'hypogastre; repos; diète; tisane de chiendent. Tenir la chambre propre, sèche, et à une température mo- dérée; la changer de lit tous les jours; tenir les seins couverts d'ouate.

Le douzième jour au soir, elle se trouve mieux, bien qu'il y ait persistance des symp- tômes hypogastriques; il y a un peu de lochie jaunâtre; les lavements ne peuvent vaincre la constipation. Mêmes moyens sans les sangsues. De plus ℥ ii d'huile de ricin récente à prendre par cuillerée à bouche de quatre en quatre heures jusqu'à effet.

Le treizième jour, elle n'a pris que deux cuillerées d'huile de ricin, qui lui ont procuré trois selles liquides et abondantes; après la troisième selle, elle a éprouvé une légère syncope. Je la vois vers huit heures du matin, alors elle est bien; son état général est

meilleur; l'hypogastre est beaucoup moins douloureux et moins sensible à la pression, mais il reste gonflé ; on sent mieux la tumeur située vers la partie interne de la fosse iliaque droite; elle paraît moins dure; il n'y a que très-peu de lochies jaunâtres. Même traitement, hormis l'huile de ricin.

Ce jour-là, vers deux heures de l'après-midi, en se tournant sur le côté gauche pour prendre un lavement, il est sorti par le vagin au moins six onces de pus de bonne nature; aussitôt elle s'est trouvée beaucoup soulagée.

Le quatorzième jour, l'écoulement du pus continue, mais en moindre quantité; la tumeur est considérablement diminuée, elle n'est plus sensible à la pression, l'hypogastre est moins tuméfié, n'est presque plus douloureux. Mêmes moyens.

Cette suppuration, après avoir duré une huitaine de jours, a été en diminuant et n'a pas tardé à disparaître; le vingt-deuxième jour, cette femme était guérie.

Le diagnostic de cette affection n'était pas facile à bien établir; il existait en même temps des symptômes de métro-péritonite et de phlegmon iliaque. Nous avons même pensé que celui-ci pouvait bien n'être qu'une conséquence de la métrite terminée par suppuration, ou étendue au tissu cellulaire du ligament large du côté droit.

Il est un genre de recherche que nous avons négligé parce que la malade s'y est opposée, et qui probablement nous aurait servi puissamment pour reconnaître le siége et la marche de la tumeur iliaque, c'est le toucher vaginal. A défaut des renseignements qu'il aurait pu nous donner, et concluant d'après la sortie instantanée de pus par le vagin, d'après le soulagement qui l'a suivie, d'après la diminution des phénomènes locaux et généraux, d'après la marche rapide de la maladie vers la guérison, nous avons admis que cet abcès pelvien avait déterminé l'inflammation, puis la perforation des parois vaginales, et qu'il s'était vidé par cette voie.

VINGT-CINQUIÈME OBSERVATION. *Tumeur phlegmoneuse du bassin, suite de couches.* — La femme du maréchal de Moulin-Manteau, âgée de trente-cinq ans, grande et fortement constituée, maigre, tempérament lymphatico-nerveux, très-irrascible, se livrant souvent à de violents accès de colère, est mère de trois enfants qu'elle a eus à terme et par les seules forces de la nature; elle s'est accouchée de son dernier le 28 juin 1849. Ordinairement le travail durait deux ou trois jours; mais, cette fois, commencé à trois heures du matin, il était

terminé à trois heures de l'après-midi; à ses deux premières couches, l'arrière-faix suivit de près le deuxième temps du travail; mais, cette fois, comme il tardait à venir et qu'une métrorragie assez forte existait, la sage-femme fit des tractions sur le cordon, qui se cassa; lès lors elle introduisit sa main dans l'utérus et acheva d'en séparer le placenta qui adhérait encore en grande partie et assez fortement au côté droit de la cavité utérine. L'accouchée dit avoir beaucoup souffert de cette opération et avoir perdu beaucoup de sang; les souffrances qu'elle a ressenties, se sont surtout manifestées à droite de l'excavation pelvienne, à l'endroit où était implanté l'arrière-faix qui, au rapport de l'assistante, fut extrait en totalité. Depuis cette époque, cette nouvelle accouchée me dit avoir continuellement et plus ou moins souffert de cette partie du bas-ventre, que les vidanges ont d'abord coulé vingt-quatre heures, qu'ensuite elles se sont arrêtées et que, de ce moment, les douleurs précitées ont augmenté d'intensité, se sont étendues à tout l'hypogastre et au ventre, accompagnées de gonflement tympanique considérable de l'abdomen, de fièvre et d'un grand accablement. Le troisième jour des couches un médecin fut consulté; il conseilla des lavements émollients, des émollients sur le ventre et de l'eau pour boisson. Ces moyens, exactement employés pendant huit jours, calmèrent les douleurs et le gonflement de l'abdomen, ainsi que celles du côté gauche du bassin; mais celles du côté droit persistèrent au même degré qu'avant le développement de cette métro-péritonite; au bout de ces huit jours, onzième jour des couches, les vidanges reparurent en blanc et continuèrent encore, mais peu abondantes; les urines furent brûlantes, les selles normales. A l'exception des douleurs du côté droit de la matrice, la nouvelle accouchée semblait aller mieux, elle se levait, elle reprenait même un peu d'aliments; mais elle ne se rétablissait pas. Quand je fus appelé à lui donner des soins le 25 juillet 1849, vingt-septième jour des couches, son état était le suivant : elle se lève et se couche, mais ne peut rien faire dans son ménage; quand elle marche, elle doit se courber en avant et à droite, et quand elle est assise, elle doit mettre sa jambe droite sur une chaise pour éviter les tiraillements qu'elle éprouve à la région hypogastrique droite et qui s'étendent quelquefois au côté droit de l'abdomen, aux lombes, à la partie antérieure de la cuisse et de la jambe droites jusqu'au pied; elle est maigre, pâle, faible, pouls petit, sans accélération; elle a déjà eu quelques horripilations, des sueurs nocturnes, une petite toux sèche; sa langue est blanchâtre, son appétit peu prononcé, soif peu vive, digestions normales, selles idem, urines un peu brûlantes et besoin fréquent d'uriner; abdomen peu développé, seulement l'hypogastre paraît plus volumineux qu'il ne devrait l'être en proportion du reste du ventre; elle me dit qu'elle éprouve de la douleur continuellement dans le côté droit du bassin et derrière le pubis; qu'au lit, cette douleur est moins forte; que, du reste, elle augmente par moment sans causes connues, qu'elle augmente aussi quand elle se redresse, quand on appuie sur cette région, quand elle marche, et quand elle essaie de se coucher sur l'un

ou l'autre côté ; dans ce dernier cas, elle dit ressentir non-seulement une augmentation de douleur, mais aussi la sensation d'un poids qui retombe du côté déclif et occasionne des tiraillements dans le côté opposé ; c'est à cause de ce phénomène que son médecin traitant, rattachant sans doute ce qui se passait à un relâchement des parois du ventre, avait conseillé l'emploi d'une ceinture en coton et à deux courbes. Le palper abdominal m'apprit 1° que le volume de l'utérus dépassait de beaucoup celui qu'il doit avoir à cette époque des couches ; 2° qu'il existait dans le ligament large droit deux tumeurs, l'une qui appartenait à l'ovaire de ce côté et semblait s'étendre vers l'angle supérieur droit de l'utérus ; cette tumeur a le volume d'un petit œuf, elle est dure, sensible au toucher et mobile ; une autre tumeur, également dure, mobile et sensible au toucher, mais plus volumineuse que la précédente, est située derrière la symphyse pubienne d'où elle plonge dans le bassin pour se rendre aussi vers le côté droit et la face antérieure du corps utérin ; 3° par le toucher vaginal j'ai pu facilement reconnaître la seconde tumeur, qui m'a paru assez volumineuse et faire corps avec l'utérus. J'ai diagnostiqué une tumeur phlegmoneuse du tissu cellulaire que l'on rencontre entre les feuillets du ligament large, suite d'une inflammation utérine qu'a déterminé le décollement manuel du placenta, avec oophorite dépendant de la même cause ; j'ai prescrit :

1° De continuer l'allaitement (cette femme n'a que peu de lait, comme après ses autres couches, aussi ne donne-t-elle le sein à son enfant que deux fois le jour) ;

2° Vésicatoire, que l'on entretiendra en suppuration, sur la région hypogastrique droite ;

3° Frictions, deux fois le jour jusqu'au commencement de salivation, avec l'onguent mercuriel double, à la partie interne de la cuisse droite ;

4° Lavements émollients, s'il y a nécessité ;

5° Repos au lit ;

6° Régime doux, tisane de graines de lin et de réglisse.

Le 29, le vésicatoire n'a pas pris. La malade a éprouvé un assez fort frisson le 27 dans la journée, suivi de fièvre et de sueurs. La tumeur hypogastrique est augmentée ; du reste, même état. — Je fais réappliquer un autre vésicatoire et fais continuer le reste.

Le 4 août, elle me dit qu'elle a remarqué que, à dater du 28 juillet, il s'écoulait du pus par le vagin ; que les deux premiers jours, ce pus était en faible quantité, mais qu'à dater du 30 juillet jusqu'aujourd'hui il avait été abondant. — Les 29, 30 et 31 juillet, elle a eu du dévoiement ; le 1er août, cette diarrhée était disparue, mais une nouvelle affection cutanée était survenue, c'était une miliaire rouge et abondante qui lui a occasionné beaucoup de chaleur, de rougeur et de démangeaison à la peau. A dater du 30 juillet, des symptômes de salivation se sont déclarés, ils persistent encore, mais à un faible degré ; à partir de l'époque de leur apparition, l'usage de l'onguent mercuriel double fut

suspendu. Depuis que du pus s'est écoulé en assez grande quantité par le vagin, c'est-à-dire, depuis le 30 juillet, la malade a pu se coucher sur l'un et l'autre côté, surtout à gauche; jusqu'alors, non-seulement elle avait éprouvé de la cuisson en urinant, mais encore beaucoup de troubles dans l'émission urinaire; ainsi elle ne pouvait plus uriner que debout et souvent pour pouvoir le faire, elle était obligée de se promener quelque temps. Depuis le 30, elle n'éprouve plus de cuisson et urine avec facilité ; depuis le 30 juillet, elle a cessé d'éprouver des frissons, des horripilations, et des sueurs pendant le sommeil ; depuis ce jour, enfin, elle a reconnu une diminution progressive dans le volume abdominal, dans les douleurs hypogastriques et dans le volume de la tumeur pelvienne. Aujourd'hui tel est son état : sommeil bon, langue humide et nette, appétit, peu de soif, digestions faciles, selles naturelles ; pouls normal, seulement il est un peu faible ; respiration normale, absence de toux ; l'abdomen est bien moins volumineux, il ne paraît même plus dépasser ce qu'il doit être; il est moins sensible à la pression, moins douloureux ; n'offre plus d'indice de tympanisation ; la tumeur hypogastrique est presque disparue, ce qui en reste n'offre pas le volume d'un œuf de poule, et ne la fait presque plus souffrir, même à la pression : elle peut redresser la cuisse et la jambe droites, elle peut même le faire étant debout ; elle peut se servir de ce membre pour marcher presque avec autant de facilité que de l'autre. J'ai supposé que le phlegmon pelvien s'était fait jour dans le vagin et, ayant appliqué le spéculum de Madame Boivin, j'ai pu m'assurer qu'il en était ainsi, que le pus venait sourdre, par une ouverture étroite, à la partie supérieure droite du vagin. — Traitement : continuer d'entretenir le vésicatoire qui suppure bien ; tisane délayante; régime doux, repos; la sécrétion laiteuse n'ayant pas diminué, elle continue d'allaiter son nourrisson.

Le 10, la maladie du bassin va de mieux en mieux ; il ne reste plus en arrière de la branche droite du pubis qu'une tumeur dure, du volume d'une noix, mobile, indolore, reste de celle qui a suppuré ; il ne sort plus par le vagin que très-peu de pus séreux ; elle ne souffre plus de l'hypogastre ; les selles et les urines sortent naturellement ; les mouvements de l'extrémité pelvienne droite sont libres. Je fais supprimer le vésicatoire ; je fais prendre des aliments.

Le 31, cette femme vient me trouver à dix minutes de chez elle; elle a repris de l'embonpoint, des forces et des couleurs ; son appétit est revenu. Voici ce qu'elle m'apprend sur son phlegmon pelvien : le lendemain de ma dernière visite, c'est-à-dire le 11 août 1849, l'écoulement sero-purulent du vagin a tari et, aussitôt, elle a commencé à ressentir des brûlements dans le bassin, derrière la symphyse et la branche droite des pubis; c'est surtout quand elle était levée et en urinant qu'elle éprouvait cette douleur au plus haut degré, douleur qui a duré jusqu'au vendredi suivant, 17 ; pendant la nuit du 16 au 17, et toute la journée du 17, ses urines ont été blanchâtres, troubles, et ont laissé déposer, par le repos, un sédiment purulent abondant; à dater du 18, les urines sont

devenues claires, sans pus, et sont restées telles jusqu'à ce jour (31); en même temps que les urines ont charrié du pus, il en est aussi sorti par le vagin; ce dernier était mélangé d'un peu de sang qui n'a totalement disparu que depuis quelques jours; la suppuration qui s'écoulait du canal vulvo-utérin, a été en diminuant; aujourd'hui elle est blanche, peu abondante, et il est même des jours où il n'en existe plus du tout. La malade me fait observer que les douleurs pelviennes ont considérablement diminué le 17, jour où les urines ont charrié du pus et où il a reparu un écoulement purulent-sanguin par le vagin; à dater du lendemain 18, elles étaient presque éteintes et, depuis elle ne s'en est presque plus aperçu. Cependant, elle me fait observer que les jours où l'écoulement vaginal est supprimé, elle souffre davantage du côté droit de l'hypogastre que les jours où cet écoulement a lieu.

Le cas, que je viens de rapporter est un bel exemple de métrite suppurée qui a déterminé un phlegmon profond du bassin; en comparant les symptômes de cette affection avec ceux qui appartiennent aux phlegmons iliaques, on trouvera une différence qui, dans l'un et l'autre cas, suffira pour diagnostiquer l'espèce de phlegmon auquel on aura affaire.

Le traitement primitivement employé pour combattre la métro-péritonite ne fut pas assez énergique; il est possible qu'une médication antiphlogistique mieux appropriée aurait donné lieu à la terminaison de cette phlegmasie par résolution.

L'usage des frictions mercurielles, employées un peu tardivement il est vrai, ont-elles agi comme le prétend M. Delhaye, c'est-à-dire en précipitant la suppuration de la tumeur phlegmoneuse? Les résultats tenderaient à le faire croire.

Il n'est pas rare de voir ces phlegmons profonds du bassin se faire jour tantôt dans le rectum, tantôt dans la vessie, tantôt enfin dans le vagin, organes creux et ouverts à l'extérieur avec lesquels ils se trouvent en contact. Ici l'abcès s'était d'abord ouvert dans le canal vulvo-utérin; mais son ouverture s'étant fermée trop tôt et lorsque les parois du kyste n'étaient pas encore recollées, il en est résulté une nouvelle accumulation de pus qui, cette fois, s'est fait jour à la fois dans le vagin et dans le réservoir urinaire; cette terminaison, bien plus à redouter que la première, donne la preuve qu'en cas semblable le praticien doit surveiller, afin d'entretenir

durant le temps nécessaire, la première ouverture pratiquée naturellement.

VINGT-SIXIÈME OBSERVATION. *Abcès iliaque du côté gauche suite de couches; ouverture artificielle; guérison.* — Madame B...., de N...., est âgée de quarante-quatre ans; d'un tempérament lymphatico-nerveux, d'une petite stature, maigre, ménagère, habituellement bien portante, elle se maria à l'âge de trente et un ans; elle eut, la première année, deux avortements ; dans le commencement de la seconde, elle devint enceinte pour la troisième fois; sa grossesse fut heureuse, et elle accoucha à terme, pour la première fois, dans le courant de février 1823. Depuis lors elle a eu six autres enfants à terme ; elle accoucha du septième en juin 1835. Tous ses accouchements furent naturels et sans suites fâcheuses; elle a allaité tous ses enfants jusque vers l'âge de huit mois, et toujours elle eut du lait en abondance. Après sa première couche, cependant, elle fut atteinte d'une goutte sciatique qui dura environ six semaines, et contre laquelle on employa la térébenthine extérieurement ; cette médication détermina un érysipèle qui ne fut pas rebelle aux moyens ordinaires et fit disparaître la névralgie.

A la suite du dernier accouchement, les lochies coulèrent bien pendant un mois ; elle se leva le troisième jour de ses couches, et, le huitième, elle fit une partie de l'ouvrage de sa maison tellement son rétablissement lui paraissait parfait. Ce n'est que vers la fin de juin, environ quinze jours après son accouchement, qu'elle fut prise, sans cause connue, de fièvre intermittente tierce peu intense; cette affection céda au sulfate de quinine, mais reparut le 8 juillet suivant et fut encore combattue par le même moyen. C'est pendant cette dernière récidive que se firent sentir les premières douleurs à la fosse iliaque gauche, occupant tantôt la crête iliaque, tantôt la région fessière, et s'étendant parfois à l'aine, quelquefois à la partie antérieure de la cuisse, au genou et même jusqu'au bout du pied de ce côté ; cette douleur, qui était d'abord légère, et revenait par accès, paraissait de nature nerveuse et semblait suivre tantôt le trajet du nerf crural, tantôt celui du nerf sciatique ; elle fixa d'abord peu l'attention. Lorsque la fièvre intermittente fut combattue pour la seconde fois, il fut décidé, pour en prévenir le retour, que l'enfant serait sevré ; la sécrétion laiteuse a tari en quatre jours et sans troubler sensiblement la santé. Le 15 juillet, le lait étant disparu, la fièvre combattue, la femme se trouve bien si ce n'est la douleur iliaque qui persistait mais sans augmentation ; elle alla à la messe et suivit une procession où elle se fatigua beaucoup ; rentrée chez elle, les douleurs de la fosse iliaque gauche augmentèrent et la mirent dans l'impossibilité de pouvoir encore marcher; elle dut tenir le lit. A dater de ce moment, ces douleurs se fixèrent dans la fosse iliaque ; la malade en rapportait le siége le long du ligament de Fallope et dans l'aine du même côté, d'où elles s'étendaient à toute la partie antérieure de la cuisse jusqu'au genou, quelquefois même à la partie antérieure et interne de la jambe

jusqu'aux orteils. Ces douleurs sont parfois très-violentes et occasionnent de l'insomnie ; elles reviennent par accès et semblent diminuer sous la pression, qui ne les augmente que vers la partie inférieure de la fosse iliaque gauche ; aussi, si la malade voulait s'asseoir sur son lit, elle devait, avec ses mains, établir une forte compression à l'entour de la partie moyenne de la cuisse gauche ; l'on ne rencontre au côté gauche de l'hypogastre ni gonflement, ni chaleur, ni rougeur ; il n'y a pas de fièvre ; toutes les fonctions paraissent intactes, et la malade dit que sans ces douleurs elle serait en parfaite santé. Je crus à une névralgie crurale ; son état de faiblesse générale, l'absence de la fièvre m'empêchèrent d'avoir recours aux évacuations sanguines ; j'employai d'abord un régime et des boissons antiphlogistiques, des lavements et des frictions sur le siége du mal avec l'huile de croton tiglium ; jusqu'au **23**, elle en usa environ une once ; il en est résulté une éruption assez forte, accompagnée de chaleur et de rougeur avec peu de douleur : ce moyen fut sans succès.

Le **23**, je la revis, les douleurs étaient les mêmes ainsi que l'état général ; je fis usage du vésicatoire volant ; jusqu'au **31**, elle en employa quatre, et sous leur influence, les douleurs, sans paraître changer ni de place ni de caractère, augmentèrent sensiblement d'intensité : c'est alors qu'en palpant fortement la fosse iliaque gauche, je reconnus une tumeur aplatie, d'un demi-pouce environ d'épaisseur sur un pouce de largeur, située au-dessus du ligament de Poupart, sur les muscles psoas et iliaque : cette tumeur n'offre aucune sensibilité ; je la considère toutefois comme l'origine d'un abcès pelvien, comme la cause des douleurs et de leur opiniâtreté. Je conseillai des frictions narcotiques, qui furent continuées jusqu'au **8** août et qui parurent diminuer les douleurs ; malgré cela la tumeur iliaque progressait. Elle fit alors usage de bains généraux qui firent complétement disparaître les douleurs de la cuisse et de la jambe, sans pouvoir anéantir celles de la fosse iliaque gauche. Le ligament de Poupart gauche parut devenir plus gros et plus sensible que celui du côté droit ; la tumeur devint plus volumineuse et plus douloureuse.

Le **12** août, cette tumeur était visible, elle avait une forme ovoïde, le volume du poing, occupait le dessus des deux tiers externes du ligament de Fallope ; elle était molle, élastique, douloureuse à la pression, offrant une fluctuation douteuse et donnant un son mat à la percussion. Elle était peu douloureuse, sans fièvre, sans chaleur, sans rougeur, sans frissons ni sueurs, et presque sans trouble fonctionnel. Cataplasmes narcotico-émollients.

Le **18** août, les moyens précités furent continués jusqu'à ce jour, où, vers quatre heures de l'après-midi, après avoir été à la selle, elle fut prise des douleurs les plus violentes, s'étendant à toute la région hypogastrique, ne laissant aucun moment de bien ; il y eut en même temps une augmentation sensible de la tumeur qui devint plus sensible.

Le **19** à midi, je revis cette malade ; elle était moins souffrante ; son pouls était petit et accéléré, sa figure pâle, sa peau un peu chaude ; il y a de la soif, de l'anorexie ; la lan-

gue a une tendance à se sécher; accablement général; insomnie ou sommeil rêveur; urines rouges; le ventre est gonflé sans signe de tympanisation, il est peu douloureux, si ce n'est à la région hypogastrique où la plus légère pression donne lieu à de très-vives souffrances; la tumeur s'étend davantage vers le mont de Vénus; elle bombe plus que les autres jours et est très-sensible à la pression; la peau qui la recouvre, est chaude, sa couleur est d'un rouge violacé peu prononcé; en percutant cette tumeur, on obtient un son clair, une véritable tympanisation; on n'y sent plus de fluctuation. Que devais-je penser de ces douleurs survenues brusquement, occupant l'hypogastre, suivies de l'augmentation et de la tympanisation de la tumeur, de la disparition de la fluctuation? L'abcès s'était-il fait jour dans la cavité péritonéale, d'où était résulté un épanchement de pus dans le péritoine, une péritonite, et le remplacement de la matière purulente dans le foyer par des gaz contenus dans la séreuse abdominale? Était-ce une perforation d'une partie de l'intestin, d'où était résulté l'évacuation de la matière purulente de l'abcès dans la cavité intestinale, et son remplacement dans le foyer par des gaz intestinaux? Ou bien était-ce une inflammation de la paroi interne de l'abcès avec formation de gaz dans son foyer? Je m'arrêtai à cette dernière opinion et je me décidai à pratiquer de suite l'ouverture du foyer purulent, qui, en tardant plus longtemps, aurait pu s'ouvrir spontanément, soit à la peau, soit dans l'un ou l'autre des viscères creux qui l'environnaient, soit dans la cavité péritonéale, et donner lieu à des accidents plus ou moins graves. Avec la pointe d'un bistouri, je fis, sur la partie moyenne du tiers externe de la tumeur, endroit où les signes d'adhérence étaient le plus évidents, une incision d'un quart de pouce d'étendue; parvenu dans le foyer, il s'en échappa aussitôt et avec bruit de sifflement une grande quantité de gaz répandant l'odeur de l'hydrogène sulfuré; la tumeur s'affaissa immédiatement, et, malgré les pressions que j'exerçai sur l'hypogastre et la fosse iliaque gauche, je ne pus faire sortir qu'environ trois onces de pus d'un blanc-verdâtre, très-fluide et d'une odeur fécale. J'introduisis une mèche de charpie dans l'ouverture, et je m'apprêtais à recouvrir cette région d'un cataplasme émollient quand je m'aperçus que la tumeur avait repris son volume primitif, et que, percutée, elle rendait de nouveau le bruit tympanique. Dès lors je conçus des doutes sur la valeur de mon diagnostic; je crus que ces gaz provenaient des intestins perforés et communiquant avec le foyer purulent; je me retirai peu satisfait, en conseillant des applications émollientes, et trois pansements par jour.

Vers les neuf heures du soir du 19, jour où j'avais pratiqué l'ouverture artificielle du foyer, on fit le premier pansement; à peine le cataplasme fut-il enlevé qu'il s'écoula, par l'ouverture pratiquée le matin, un litre et demi de pus mélangé de gaz, d'une couleur blanc-verdâtre, mal lié, et répandant une odeur infecte; aussitôt l'abdomen perdit son excès de volume et devint plat, la tumeur s'affaissa, et la femme, quoique considérablement soulagée, fut sur le point d'éprouver une syncope. Même pansement. La nuit fut calme; il y eut un peu de sommeil et quelque peu de sueur sur le matin.

Le 20, on fit quatre pansements, à chacun desquels il s'écoula une assez grande quantité de pus du même aspect, mais ayant une odeur de moins en moins fétide, et contenant de moins en moins de gaz. Le pouls n'est plus fébrile ; il n'y a plus de frisson, ni de soif; il n'y a presque plus de douleur ; l'appétit commence à se faire sentir.

Le 21, au pansement du matin, la quantité de pus n'est plus aussi considérable ; il conserve le même aspect, ne contient presque plus de gaz et ne répand presque plus d'odeur. Depuis une heure, la malade ressent de la douleur vers le mont de Vénus, qu'on recouvre aussi d'émollients. Même pansement. La nuit du 20 au 21 elle n'a pas dormi. Elle n'a plus de fièvre ni de sueurs nocturnes ; son appétit augmente ; les lavements opèrent bien.

Le 22, la nuit a été calme, sommeil ; les selles ont lieu sans lavement ; elle n'éprouve plus aucune douleur ; la fièvre est nulle ; le pus est beaucoup moins abondant et plus séreux, il est inodore et sans gaz. Continuation. On augmente les aliments.

Le 23, le mieux fait des progrès.

Le 24, il ne sort plus que très-peu de pus séreux et jaunâtre ; il existe encore un peu d'empâtement indolore où siégeait le phlegmon ; toutes les fonctions se font très-bien ; elle se lève.

Le 25, elle touche à sa guérison. Il ne sort plus que quelques gouttes de pus séreux ; l'empâtement diminue.

Le 26, amélioration croissante.

Le 30, guérison.

Cette observation nous a paru digne de la plus grande attention et pleine d'intérêt. Nous allons l'examiner sous le rapport de ses causes, de son diagnostic, de ses symptômes.

Causes. Cette femme était pour ainsi dire rétablie de son accouchement; déjà elle avait repris la besogne de son ménage, lorsque, sans causes connues elle fut prise de fièvre intermittente tierce qui a facilement cédé à l'emploi du sulfate de quinine. Quelques jours plus tard, il y eut récidive de la fièvre d'accès qui céda avec facilité au même traitement. Cette femme, profitant de cet intervalle de bien, se mit à suivre une procession, où elle ressentit beaucoup de fatigue, et, rentrée chez elle, l'affection iliaque s'est fait sentir. Nous avons considéré la fatigue comme la cause qui a donné de l'acuité à la marche de la maladie; mais nous avons cru devoir admettre ou bien que la fièvre intermittente avait été la cause principale, primitive,

ou bien que cette fièvre n'avait été qu'une conséquence du mal déjà commencé.

Diagnostic. Dès l'origine de l'affection, le diagnostic fut difficile. En effet, des symptômes insolites appartenant aux nerfs rachidiens, particulièrement aux nerfs crural et sciatique, aurait pu donner le change sur la nature de la maladie, peut-être même y a-t-il eu, dans le commencement, complication de névralgies sciatique et crurale; ce qui me porte à faire cette supposition, c'est que les douleurs nerveuses ont cédé à l'emploi d'un bain général qui, si elles eussent été symptomatiques, serait probablement resté sans avantage.

Symptômes. Une augmentation subite de douleur et de volume s'est manifestée dans la tumeur qui, dès lors a donné à la percussion un son tympanique. On pouvait attribuer ces phénomènes au dégagement de gaz dans le foyer purulent et expliquer ainsi la tympanisation de la tumeur, son accroissement rapide et, par suite, l'augmentation presque instantanée de la douleur: mais, n'aurait-on pas aussi bien diagnostiqué en attribuant cette modification, survenue si brusquement dans les caractères de la maladie, à une perforation péritonéale ou intestinale?

VINGT-SEPTIÈME OBSERVATION. *Phlegmon iliaque gauche, suite de couches ; sphacèle de la paroi abdominale correspondante à la tumeur; guérison.* — La femme Ferdinand L...., de F....., âgée de vingt-deux ans, de taille moyenne, fortement constituée, tempérament sanguin, ménagère peu aisée, accoucha à terme de son second enfant le 25 septembre 1835. Les deux premiers temps de l'accouchement furent faciles et naturels ; le troisième tardant à s'effectuer, on résolut d'aller chercher un accoucheur. Pendant ce temps, il se déclara une violente métrorragie qui ne cessa que sous l'influence d'une syncope. Aussitôt son arrivée, l'accoucheur pratiqua la délivrance artificielle, qui n'a rien offert de particulier; mais, au rapport de la femme, en écartant brusquement les genoux pour introduire sa main dans la matrice, l'accoucheur lui occasionna une vive douleur vers l'aine du côté gauche, ressemblant à une clique; il n'y fit pas attention, et, en se retirant, il se borna à conseiller l'usage de boissons et d'aliments doux. Depuis lors cette femme resta pâle, sans fièvre, sans appétit, presque sans lait, ayant la respiration courte, une petite toux sèche, éprouvant à l'aine gauche une douleur continuelle qui s'étendait quelquefois à la fesse, d'autres fois à la cuisse du même côté, avec œdème du membre inférieur gauche.

Je la vis, pour la première fois, le 8 octobre 1835 (quinzième jour des couches).

bord, au-dessus du ligament de Fallope, que l'on rencontrait, au fond de la plaie précitée, une ouverture angulaire vers ses côtés interne et externe, arrondie vers son bord supérieur, est constitué par les fibres du muscle grand oblique, presque droite à son bord inférieur, est formé par le ligament précité ; cette ouverture, vers sa partie moyenne, offrait une largeur de 3/4 de pouce, elle pénétrait jusque dans le fond de la fosse iliaque gauche ; à travers cette ouverture, on voyait très-distinctement la portion externe du muscle iliaque gauche, dont les fibres dénudées se dirigeaient parallèlement les uns aux autres de haut en bas et un peu de dedans en dehors. — Traitement : bouillon, vin, potion tonique, trois onces de vin de quinquina par jour ; on panse la plaie avec un linge fenêtré enduit de cérat et recouvert de charpie, que l'on maintient par un bandage de corps. On fera deux pansements par jour.

Dans le principe les douleurs de cette plaie sont assez vives ; mais elles deviennent bientôt supportables, et le quarante-quatrième jour, la plaie va très-bien ; ses bords s'affaissent, son fond présente des bourgeons charnus de bonne nature ; l'ouverture abdominale se rétrécit ainsi que la plaie cutanée : la suppuration est peu abondante et belle ; les urines ne sont plus colorées ; le pouls se relève, les forces générales augmentent ; l'appétit se fait sentir ; les selles sont plus libres. Même traitement : on augmente les aliments et l'on applique la charpie immédiatement sur la plaie.

Les quarante-cinquième et quarante-sixième jours, le mieux fait des progrès. Même traitement; on sèche le vésicatoire du bras.

Le quarante-huitième jour, hier, cette femme a eu froid pendant une heure : cependant, dit-elle, la peau était brûlante : ce froid fut précédé de maux de ventre et de constipation ; aujourd'hui elle est bien : son pouls est tranquille et relevé ; ses forces continuent d'augmenter ; les vaisseaux sous-cutanés et la couleur commencent à reparaître ; l'appétit augmente ; les fonctions digestives se font bien ; la langue est large mais un peu sèche ; la plaie est de très-bonne nature ; des bourgeons charnus, rouges, vermeils s'élèvent de toute sa surface ; la suppuration est peu abondante et blanche. Je fais suspendre la potion tonique et continuer le reste.

Le quarante-neuvième jour, hier, elle a eu deux selles. Le mieux fait des progrès ; je tâche d'aider le rapprochement des bords de la plaie au moyen de l'emplâtre agglutinatif de Bavière ; à l'aide de ce rapprochement artificiel, je diminue, de deux pouces au moins, la largeur de la plaie de haut en bas, et j'arrive à mettre en contact les bords de l'ouverture abdominale. Même traitement. (J'ai oublié de faire connaître que, dans le moment où la gangrène de la peau du ventre s'est déclarée, la peau recouvrant le grand trochanter gauche sur lequel la femme se couchait habituellement, est aussi tombée en gangrène dans l'étendue d'un pouce et demi de diamètre ; mais déjà cette plaie est cicatrisée.)

Le cinquantième jour, amélioration croissante ; depuis l'usage de l'emplâtre agglutti-

natif, la plaie est rétrécie de moitié en largeur, mais sa longueur reste la même ; elle s'étend du mont de Vénus à la partie moyenne de la crête iliaque. Même traitement.

Le cinquante-quatrième jour, le mieux fait des progrès ; toutes les fonctions se font bien ; les forces renaissent ; hier, elle s'est levée deux heures. Mêmes moyens.

Le cinquante-sixième jour, la plaie marche vers la guérison ; la malade se plaint d'éprouver, dans la partie de la ligne blanche située en dessous de l'ombilic, des tiraillements douloureux, résultat du rétrécissement de la plaie.

Le soixante-unième jour, le mieux a continué de progresser : l'embonpoint, la couleur et la fraîcheur de la peau, et les forces reparaissent ; la plaie commence à se cicatriser à ses angles.

Le soixante-sixième jour, la plaie est considérablement rétrécie en tous sens, et la peau qui l'environne, est un peu tiraillée et froncée : les bourgeons charnus deviennent un peu exubérants ; l'ouverture abdominale est presque bouchée, elle admettrait tout au plus le bout du doigt. Depuis quatre jours, la malade a ressenti quelques douleurs vers le grand trochanter gauche, mais ces douleurs n'ont eu qu'une durée passagère.

Le quatre-vingtième jour, la plaie est cicatrisée, et la femme se considère comme guérie.

Cette femme, guérie de cette grave affection, marchait graduellement vers son état de santé habituelle, la cicatrice était longue d'un demi-pied ; pointue à ses deux extrémités, elle offrait, à sa partie moyenne, un pouce de largeur ; située un peu au-dessus du ligament de Poupart gauche, elle se dirigeait de haut en bas et de dehors en dedans de manière à former, avec l'axe du corps, un angle presque droit ; la peau, qui l'environnait, était froncée. Cette cicatrise a insensiblement pris de la consistance et de la dureté ; rouge d'abord, bientôt sa couleur s'est rapprochée de celle de la peau, dans certains endroits même elle est devenue plus blanche. Longtemps cette femme dut marcher un peu courbée de ce côté et en boitant, pour éviter des tiraillements douloureux, mais, insensiblement, elle était arrivée à pouvoir marcher droite et sans claudication. Le 14 avril 1836, quatre mois environ après la guérison de cette maladie, elle dut faire une longue course, à la suite de laquelle elle se trouva fort fatiguée. Ce n'est cependant que le lendemain, 15, qu'elle commença à s'apercevoir d'une douleur siégeant à la partie antérieure de la cuisse gauche et s'étendant jusqu'à la cicatrice précitée ; dès lors la claudication reparut, la marche devint pénible et douloureuse, elle ne put plus redresser complétement la cuisse.

Le 17, elle éprouva de la fièvre, des frissons, de l'accablement, de l'anorexie. Je la vis le 18, tel était son état : figure pâle, abattue, exprimant la souffrance, pouls fébrile, peau brûlante, langue blanche, soif, anorexie, marche difficile, claudication ; la cuisse reste fléchie sur le bassin et la jambe sur la cuisse, de sorte qu'en

marchant, son corps s'incline du côté malade, et le pied ne touche le sol que par sa pointe. Elle ressent de la douleur à la partie supérieure et antérieure de la cuisse ; cette douleur s'irradie vers l'aine et jusque la cicatrice abdominale ; elle augmente par la pression et les mouvements ; une tumeur dure se manifeste derrière le ligament de Fallope et s'étend vers la fosse iliaque gauche ; la cicatrice précitée et la portion de peau qui recouvre cette tumeur, offrent de la chaleur et de la rougeur ; on ne perçoit pas de fluctuation, les urines et les selles sont libres. — Traitement : diète, boissons douces, quinze sangsues *loco dolenti ;* lavements et cataplasmes émollients.

Après les sangsues, les douleurs se calmèrent, et le 19, elles étaient beaucoup diminuées ; mais la tuméfaction et les autres symptômes persistèrent ; de plus, il se forma vers la partie moyenne de la cicatrice, une proéminence arrondie, du volume d'un petit œuf de poule.

Le 20, vers onze heures du matin, cette proéminence s'est ouverte spontanément, et, par son ouverture, il s'est écoulé un demi-litre environ de pus blanc-jaunâtre, d'une odeur stercorale, accompagné de gaz ; aussitôt elle éprouva du soulagement ; les douleurs furent presque enlevées ; la tumeur disparut ; la malade put redresser sa cuisse presque complétement, et marcher beaucoup plus facilement, plus droit et avec moins de mal. Même traitement.

Le 24, elle est venue me trouver ; elle boitait encore un peu, et marchait en tenant encore le tronc légèrement incliné vers l'aine gauche ; la plaie s'est élargie, elle a un pouce de diamètre ; elle descend vers le ligament de Poupart où elle se termine en cul-de-sac. La suppuration est de bonne nature ; des bourgeons charnus pullulent sur toute l'étendue de la plaie. Pansement simple.

Le 13 mai, la plaie est remplie ; elle n'a plus que trois-quarts de pouce de diamètre ; la suppuration est presque insignifiante ; la santé de cette femme est très-bonne, elle fait toute la besogne de son ménage.

Le 20, elle est bien guérie.

Depuis lors, cette femme a encore eu trois enfants à terme ; les deux dernières grossesses, ainsi que les accouchements qui les ont terminées, furent heureux ; il n'en fut pas de même de la première ; vers le quatrième mois de gestation, les tiraillements occasionnés par la distension du ventre ont déterminé l'inflammation de la cicatrice qui est promptement tombée en suppuration ; il en est résulté une plaie assez large, rebelle, douloureuse, et qui n'a guéri que par le repos au lit.

Ce fait présente des enseignements précieux, parmi lesquels nous signalerons 1° la cause de la maladie ; il nous semble, en effet, qu'une distension forcée et brusque des muscles psoas et iliaque gauche occa-

ionnée par l'accoucheur lorsque, pour opérer la délivrance, il écarta vio-emment les genoux a pu lui donner naissance; c'est au moment où le genou gauche fut ainsi porté dans une abduction forcée, que la femme ressentit, dans la fosse iliaque gauche, une douleur vive et instantanée, comparable à celle qui résulte de la rupture de fibres musculaires; cette douleur n'a pas longtemps conservé son intensité, mais elle n'a pas disparu complétement; et c'est après quelques jours de son existence, qu'une tumeur s'est manifestée dans cette région, et a occasionné plus tard les désordres que nous avons fait connaître; 2° l'inflammation adhésive du foyer purulent, avec la paroi cutanée qui le recouvrait, a donné lieu à la gangrène de celle-ci; une pression quelque peu continuée sur le grand trochanter gauche a aussi déterminé la gangrène de la portion de peau qui le recouvrait; il existait donc manifestement chez cette nouvelle accouchée, une disposition à la terminaison de l'inflammation cutanée par gangrène; quelle pouvait être la cause de cette disposition? Nous l'avons attribuée *A* à l'anémie déterminée par la violente métrorragie qui avait suivi le deuxième temps du travail; *B* au défaut de sang et de ton de la peau; *C* à l'influence produite par une violente perte de sang sur la composition élémentaire de ce fluide : nous avons vu que le premier effet d'une hémorragie sur le fluide sanguin était d'en diminuer les globules et de rendre proportionnellement exagéré le chiffre de la fibrine qui, dans l'état puerpéral, se trouve déjà en excès. Or, un tel état du sang était bien propre à favoriser l'intensité de l'inflammation, et sa terminaison par gangrène dans les tissus doués de peu de vitalité. 3° Des toniques énergiques, vin, quinquina, furent administrés avec profusion : la malade les a bien supportés, et nous n'hésitons pas à croire qu'ils ont eu une grande part dans la terminaison heureuse de la maladie; ce n'est pas, du reste, le seul cas où, quand il existait une abondante suppuration et qu'il y avait en même temps une faiblesse générale plus ou moins grande, le vin de quinquina nous ait procuré de semblables avantages.

VINGT-HUITIÈME OBSERVATION. *Phlegmon iliaque du côté droit suite de couches; ouverture spontanée; guérison. Plus tard inflammation et fonte de la cicatrice; sortie par la plaie fistuleuse d'un ascaride lombricoïde; guérison. Répétition du même phénomène à des intervalles plus*

ou moins éloignés. Affection granuleuse des reins; mort. — La femme M...., de B... f..., grande et bien constituée, maigre, ménagère, habituellement bien portante, est âgée de quarante-quatre ans; elle a eu quatre enfants à terme en huit années de temps. Les trois premiers accouchements et leurs suites furent heureux; son quatrième accouchement, qui eut lieu en janvier 1835, fut également heureux, ainsi que les huit premiers jours qui le suivirent; à cette époque elle commençait à reprendre la besogne de son ménage quand, après s'être refroidie, elle fut prise, dans la fosse iliaque droite, d'une douleur sourde, accompagnée de gonflement et de sensibilité à la pression : un régime doux; des boissons mucilagineuses, des cataplasmes émollients, des lavements, le repos au lit, furent les moyens mis en usage. La tuméfaction iliaque n'en fit pas moins des progrès, devint plus douloureuse, plus sensible à la pression, donna lieu à des horripilations et de la fièvre; elle obligea la malade à tenir la jambe fléchie sur la cuisse, celle-ci sur le bassin, le genou en adduction; l'appétit s'est perdu; il y eut de la soif et de l'amaigrissement; ce n'est qu'au bout de deux mois et demi que cette tumeur, ayant considérablement augmenté de volume, gagna l'aine en suivant le trajet des vaisseaux cruraux, et vint proéminer en dessous du ligament de Fallope. Bientôt la peau de cette partie s'enflamma, rougit, et enfin se perfora; il s'écoula par cette ouverture spontanée une quantité considérable de pus de bonne nature, sans odeur et sans gaz. Immédiatement après, la tumeur de la fosse iliaque disparut presque complétement; elle put redresser le membre inférieur droit; la fièvre ne tarda pas à s'éteindre, l'appétit à renaître, les forces et l'embonpoint à reparaître : en un mois de temps elle fut rétablie; la plaie, qui donnait toujours un peu de pus séreux, jaunâtre, fut beaucoup plus longtemps à se guérir; ce n'est que sur la fin de l'été qu'elle se cicatrisa complétement. Cette cicatrice était enfoncée, et la peau qui l'environnait froncée.

Ensuite elle fut bien portante jusqu'au mois de février 1836, quand pour la première fois, elle ressentit quelques douleurs à la fosse iliaque droite, sans gonflement, mais avec gène dans les mouvements du membre abdominal droit, qu'elle fut forcée de tenir un peu fléchie et portée dans l'adduction, de manière qu'elle ne pouvait marcher que difficilement, en boitant et en n'appuyant que la pointe du pied sur le sol. Vers le troisième jour, il se forma sur la cicatrice une petite tumeur d'un rouge foncé, qui s'ouvrit spontanément, et donna issue à un peu de pus blanc-jaunâtre, sans odeur, sans gaz ni matière fécale; après l'évacuation du pus, il est sorti par cette plaie deux ascarides lombricoïdes vivants; cette femme n'employa aucun moyen, et huit jours après, cette petite plaie était cicatrisée.

Depuis cette époque jusqu'au moment où je la vis (juin 1838), elle a éprouvé quatre fois les mêmes phénomènes morbides, et chaque fois il y eu sortie d'un ou deux ascarides lombricoïdes; cette sortie s'est toujours effectuée sans la moindre douleur, autre que celle précitée, et sans le moindre dérangement dans les fonctions des organes abdominaux.

nous avons dû nous contenter des suppositions suivantes, qui nous ont paru les plus probables : le diverticulum cœcal, qui est quelquefois plein et plus ou moins long, est aussi, parfois creux et communique avec la cavité de l'intestin; plusieurs fois on a trouvé des ascarides lombricoïdes engagées dans sa cavité; or, nous avons admis que cet appendice, ou du moins son extrémité, avait été comprise dans l'inflammation phlegmoneuse de la fosse iliaque droite, où elle avait été retenue par des adhérences, ramollie et peut-être perforée par le travail inflammatoire, et que c'était par cette voie insolite que les vers intestinaux parvenaient au lieu où se déclarait à de longs intervalles une inflammation suppurative.

VINGT NEUVIÈME OBSERVATION. *Tumeur phlegmoneuse de la fosse iliaque gauche chez une nouvelle accouchée, primipare, terminée par résolution.* — La femme Jean-Louis G....., de M. M...., âgée de vingt-neuf ans, de taille moyenne, bien constituée, tempérament sanguin, habituellement bien portante et bien réglée, eut, pendant sa jeunesse, une chlorose qui a facilement cédé aux préparations de fer. Pendant se grossesse, elle a ressenti, vers les côtes asternales droites, une légère douleur, pour laquelle au quatrième mois de gestation, je lui ai pratiqué une saignée qui ne l'a pas soulagée. Quelque temps avant l'accouchement, cette douleur a disparu, mais elle fut remplacée par des souffrances presque continuelles au bas-ventre, acquérant par accès beaucoup d'intensité. Le volume de l'abdomen était si considérable qu'elle en éprouva une gêne croissante à mesure que la grossesse approchait de son terme; elle avait un très-fort appétit; elle accoucha vers le septième mois de gestation; l'accouchement fut naturel et facile; le travail commença vers quatre heures de l'après-midi, et à onze heures du soir il était terminé : elle eut deux garçons qui furent expulsés à un quart d'heure de distance l'un de l'autre; la délivrance ne s'est opérée que deux heures plus tard, encore la sage-femme a-t-elle dû faire quelques tractions sur le cordon pour l'aider. L'un des enfants est mort en naissant, l'autre à vécu deux fois vingt-quatre heures, mais il n'a pu prendre le sein. On a exercé une succion artificielle sur les mamelons pendant deux jours, après quoi on a cherché, dit cette femme, à faire mourir le lait, et, pour cela, on l'a mise à une diète sévère, à l'usage de cataplasmes émollients, puis d'ouate sur les seins; elle éprouva d'abord un engorgement considérable des mamelles qui s'est insensiblement terminé par résolution.

Le quinzième jour des couches, se comptant guérie, elle crut qu'elle pouvait bien changer son régime; elle se remit au café, etc., mais presque aussitôt, il se forma une tumeur dans le sein gauche, pour laquelle elle consulta un pharmacien qui lui conseilla de l'ouate sur les mamelles, et une tisane avec des racines et des paquets de sel (sans

loute des racines d'iris de Florence, du sel de Glauber ou d'Epsom, ou du sel de nitre); lle a aussi mis du miel sur la partie engorgée. Cette tumeur s'est terminée par résolution; lle a remarqué que les lochies, qui étaient rouges avant que la sécrétion laiteuse ne dimiıua, étaient devenues blanches à mesure que le lait avait disparu. Après ses couches, le entre était resté volumineux; elle y avait fréquemment ressenti de la douleur, surtout en ırinant. Quoi qu'elle avait de l'appétit, et qu'elle commençait à reprendre son ouvrage, lle était encore sans force quand, le mercredi 9 août 1843, après avoir dîné et sans 'être exposée à aucune cause morbide, elle voulut satisfaire le besoin d'uriner et ne put parvenir; aussitôt elle fut prise de violentes douleurs hypogastriques et lombaires qui, our revenir de l'écurie à la cuisine, la forcèrent de marcher très-lentement et fort courbée, et lui arrachèrent des gémissements et des plaintes; elle eut des vomissements qui ejetèrent au dehors tout ce qu'elle avait pris en dînant; elle éprouva des borborygmes rès-forts et presque continuels; les urines devinrent rares; elle n'urinait qu'en rendant es lavements en autre temps, elle n'éprouvait pas le besoin de le faire. Les douleurs, ju'elle éprouvait, occupaient tout l'hypogastre, et s'étendaient parfois aux lombes et à tout e ventre. Des voisines lui ayant dit que c'était un mal de mère, qu'elles avaient été ainsi, ui donnèrent le conseil de ne pas recourir aux lumières de l'art, et lui dirent que s'étant uéries en buvant beaucoup de lait sucré, elle ferait bien d'employer le même moyen our se soulager. Elle le fit en effet : le 11, elle appliqua des cataplasmes émollients ur le ventre.

Le 13 août (dix-neuvième jour des couches), un chirurgien fut consulté; celui-ci onseilla les toniques et l'esprit de Mindererus; ces moyens ne furent pas employés. Mais n appliqua huit sangsues au fondement; cataplasmes émollients; lavements de même ature; régime doux; boissons idem.

Le vingt-unième jour des couches, elle se trouva soulagée; lochies sanguinolentes; n appliqua douze sangsues sur l'hypogastre.

Du vingt-deuxième au vingt-troisième jour, les douleurs, qui occupaient tout l'hypoastre et s'étendaient quelquefois aux lombes et à tout le ventre, se concentrèrent vers la osse iliaque droite, où elles devinrent des plus aiguës. Nouvelle application de douze angsues qui amenèrent du soulagement.

Le vingt-quatrième jour, je la vis pour la première fois; tel était son état : elle est ouchée en suppination; elle a la figure bonne, bien colorée, les traits bien étalés; elle ne eut se coucher à droite ni à gauche; la cuisse droite est légèrement fléchie sur le bas-n, et la jambe sur la cuisse; elle peut facilement l'étendre sans souffrir, mais, bientôt et ns s'en apercevoir, il reprend la position précitée; il y a encore un peu de lochies nguinolentes; les urines sont assez abondantes et claires; la miction est toujours un peu ouloureuse; il y a constipation; les lavements ne reviennent qu'en partie, et toujours à suite de borborymes qui sont beaucoup moins fréquents et moins forts; le ventre est

ballonné; percuté il donne un son clair partout, excepté à la région hypogastrique où il est mat, surtout à droite; ici le palper fait reconnaître au-dessus du ligament de Poupart, dans la fosse iliaque droite, une tumeur du volume du poing, dure, sensible au toucher, irrégulièrement arrondie, peu mobile, et qui est le foyer des douleurs que la malade ressent depuis deux jours. Par le toucher vaginal j'ai reconnu que le col de la matrice, encore entr'ouvert, n'offrait rien d'anormal; la chaleur du vagin m'a paru augmentée, et, en portant avec force le bout du doigt contre sa paroi latérale droite, la malade éprouvait de la douleur, mais je ne pus percevoir la tumeur précitée; la langue est blanche, humide; il y a peu de soif, peu d'appétit, et peu de fièvre; le pouls n'est ni fort ni faible, ni accéléré; elle n'a pas eu de frissons, mais beaucoup de sueurs qui lui ont occasionné une éruption millaire abondante et générale. Je diagnostique une tumeur inflammatoire siégeant dans le ligament large du côté droit, suite d'une métrite qui s'est propagée au tissu cellulaire de cette partie.—Traitement : douze sangsues *loco dolenti*; frictions, deux par jour, de ʒ ii d'onguent mercuriel double; cataplasmes émollients; lavements de même nature; tisane douce; régime doux; repos au lit.

Le vingt-sixième jour, son état est le même; elle dit souffrir moins; quand elle étend la cuisse, elle ressent de la gêne vers la fosse iliaque droite; il lui semble que le ventre est plus développé; les lavements n'opèrent pas, souvent même ils ne reviennent pas; elle a moins d'appétit; elle a plus mauvaise bouche; la langue est plus chargée. Même traitement; de plus elle prendra une cuillerée d'huile de ricin de six heures en six heures jusqu'à effet.

Le vingt-neuvième jour, à la suite de la troisième cuillerée d'huile, elle a eu trois selles liquides assez abondantes; dès lors le volume et la dureté du ventre ont diminué; mais la constipation a reparu; la tumeur paraît moins volumineuse, elle est beaucoup moins douloureuse; la malade étend facilement la cuisse droite; elle urine bien; il y a encore un peu de lochies blanchâtres; il n'y a ni frissons ni sueurs; on a cessé, depuis hier soir, les frictions d'onguent mercuriel à cause du goût métallique qui s'était déclaré dans la bouche. On recommencera ces frictions, et, tous les deux jours, la malade prendra un lavement purgatif.

Le trente-troisième jour, l'appétit est meilleur, elle demande à se lever; il lui semble que la tumeur iliaque est diminuée; elle en souffre de moins en moins; cependant elle ressent encore un peu de gêne quand elle veut étendre la cuisse droite. Les urines marchent bien; les lavements purgatifs opèrent bien; le ventre est moins gonflé; il y a encore un peu de lochie; il n'y a pas apparence de salivation. Même traitement.

Le trente-sixième jour, je la trouve levée; elle peut se redresser et marcher un peu, bien qu'elle ressente encore toujours une légère gêne vers la fosse iliaque droite; le ventre est beaucoup moins volumineux, moins sensible, elle n'en souffre presque plus; mais elle y éprouve encore de temps en temps, surtout lorsqu'elle incorpore quelque chose, des

gouillements. Les lavements opèrent bien; les urines sont libres; les lochies ılent toujours un peu; il n'y a ni frissons, ni sueurs nocturnes, ni salivation, fièvre; la langue est à peu près naturelle; l'appétit est assez bon. La tumeur iliaque de moitié moins forte et moins douloureuse. Même traitement; on augmente les ments.

Le cinquante-unième jour, elle a continué son traitement sans éprouver de salivation; mieux a été en augmentant; aujourd'hui elle est guérie.

Ici, des symptômes de métro-péritonite ont manifestement précédé le veloppement de la tumeur située dans la fosse iliaque; aussi avons-nous ngé ce fait au nombre des cas où le phlegmon pelvien prend naissance ns une phlegmasie utérine, soit par l'extension de l'inflammation de ce scère au tissu cellulaire du ligament large, soit par l'infiltration purulente ns les mailles de ce tissu. Mais il est une chose que l'on observe comunément dans ces sortes d'abcès, c'est qu'une fois développé ils semblent tirer à eux tout le travail inflammatoire existant ailleurs, et finissent souvent par constituer seuls toute la maladie; aussi, et malgré le mbreux cortége de phénomènes locaux et généraux qui les accompaient, voit-on généralement tout rentrer dans l'ordre aussitôt que ces abcès nt ouverts.

Ce qui nous a porté à croire que cette tumeur inflammatoire siégeait ns le ligament large, c'est non-seulement ses avant coureurs, sa marche, et ndroit qu'elle occupait, mais encore la mobilité qu'elle a présentée et qui existe pas dans les tumeurs de la fosse iliaque.

Le traitement a offert une particularité digne de remarque : les frictions ercurielles furent longtemps employées sans déterminer de salivation tout en provoquant la résolution de l'engorgement inflammatoire. Que nclure de là? C'est que la salivation n'est pas nécessaire à l'action solutive des mercuriaux; c'est que leur action physiologique sur la ıqueuse buccale n'a pas lieu chez tous les individus.

TRENTIÈME OBSERVATION. *Accouchement naturel et à terme; six semaines après, ulsion par lambeaux d'un corps charnu putréfié, venant de l'utérus; peu de jours après te expulsion, inflammation phlegmoneuse dans la fosse iliaque droite, résolution; enfin peu*

de temps après la résolution de celle-ci, manie puerpérale. — La femme G.... de B...., de C...., âgée de trente-cinq ans, assez grande et fortement constituée, tempérament lymphatique et nerveux, ménagère dans l'aisance, habituellement bien portante et bien réglée, éprouvant de temps en temps des accès de gastralgie, se maria en 1840. Bientôt après, elle devint enceinte, et à trois mois de gestation elle eut un avortement, dont elle se rétablit promptement ; en 1843 elle devint enceinte pour la deuxième fois ; cette fois la grossesse marcha régulièrement et parvint à terme ; le volume du ventre devint si considérable que dans les derniers mois, elle dut supporter son ventre ; elle fut accouchée par une sage-femme le 17 avril 1844 ; l'accouchement fut naturel, mais le cordon ombilical était tellement mou qu'en voulant exercer sur lui des tractions pour aider la délivrance, il céda avec autant de facilité que s'il eut été en putréfaction ; cette circonstance obligea l'introduction de la main dans la matrice pour en extraire l'arrière-faix qui était assez adhérent. Les secondines sortirent entières, mais le ventre conserva du volume. Tout se passa bien jusqu'au lendemain, 18 ; alors l'accoucheuse, la visitant, remarqua que la matrice avait conservé un volume insolite ; les lochies coulaient bien et déjà les mamelles se fluxionnaient.

Le quinzième jour des couches, les lochies ont bien coulé ; les sueurs puerpérales ont eu lieu ; la sécrétion laiteuse s'est bien établie, elle allaite son nourrisson. Depuis son accouchement, elle ressentait toujours des douleurs sourdes à l'hypogastre qui l'empêchaient de se rétablir ; à dater de ce jour, ces douleurs augmentèrent insensiblement, et vers le quarante-deuxième jour, elles avaient acquis un très-haut degré d'intensité, elles revenaient par accès et arrachaient des cris à la malade, qui les disait bien supérieures à celles de son accouchement ; les lochies, qui étaient sanguinolentes, devinrent tout à fait rouges ; plus tard elles devinrent séro-sanguinolentes, et finirent par répandre une odeur infecte. L'excès de volume que présentait l'utérus après le travail, persistait encore le quarante-deuxième jour des couches ; à cette époque la sage-femme pratiqua le toucher vaginal et reconnut qu'un corps charnu, passant à travers le col utérin, pendait dans le vagin ; elle fit aussitôt venir un accoucheur qui crut reconnaître un polype en putréfaction ; il en arracha le plus qu'il lui fut possible et dit à la sage-femme d'enlever à mesure et tous les jours les parties qui se présenteraient ; on en enleva ainsi, morceau par morceau pendant environ quinze jours, au moins trois livres qui répandaient une odeur insupportable. A dater de l'enlèvement des premières parties, les douleurs se calmèrent, et furent en diminuant jusqu'au jour où le dernier morceau de cette production anormale fut enlevée. Depuis les couches, les lochies, qui avaient été sanguinolentes, devinrent sanguines, puis sanieuses, purulentes, et répandant une odeur infecte de plus en plus prononcée ; cet écoulement a persisté deux jours encore après la sortie du dernier morceau, ensuite il est devenu blanc, inodore, et a duré fort longtemps ainsi ; ce n'est qu'après sa disparition complète que cette femme s'est bien rétablie ; ce corps charnu

était mou, rougeâtre; les personnes, qui en ont vu des morceaux, les comparaient à du mou de veau.

La malade en était débarrassée de quelques jours, quand elle commença à ressentir des douleurs dans le côté droit du bassin. Comme ces douleurs allaient en augmentant, je fus appelé en consultation le quarante-huitième jour des couches : tel était l'état de la malade : fièvre légère; un peu de pâleur, de maigreur et d'affaiblissement. De temps en temps horripilation, quelquefois bouffées de chaleur et sueurs pendant le sommeil. Douleur à la région iliaque droite, augmentant par le mouvement et la pression, et forçant la malade à tenir la cuisse fléchie sur le bassin, la jambe sur la cuisse et le genou en adduction. Le palper fait reconnaître, dans la région hypogastrique droite, une tumeur arrondie, plongeant dans l'excavation pelvienne, occupant surtout la cavité iliaque droite, ayant le volume du poing, dure, immobile, sensible à la pression; la matrice est un peu plus volumineuse que ne le comporte l'époque éloignée de l'accouchement, mais elle est peu sensible. Il s'écoula toujours par le vagin un peu de liquide blanchâtre. Vu l'affaiblissement de cette femme par tous les accidents qui précèdent, nous nous décidâmes à ne pas recourir aux évacuations sanguines; nous prescrivîmes, sur la tumeur, l'application d'un large vésicatoire volant; des frictions d'onguent mercuriel double à la partie interne de la cuisse droite; des boissons et un régime doux; des lavements simples; le repos; et la continuation de l'allaitement. Sous l'influence de ce traitement, la tumeur iliaque a promptement diminué, et, en douze jours, elle s'était terminée par résolution, sans qu'il ait existé autre chose qu'une apparence de salivation.

Rétablie de cette inflammation phlegmoneuse du bassin, cette femme, à la suite d'une indigestion, fut prise de manie puerpérale qui a cédé à l'usage des purgatifs.

Lors de sa naissance, l'enfant était fort maigre et si chétif que l'on crut qu'il succomberait; mais il a promptement repris de l'embonpoint et des forces, et, aujourd'hui il est bien portant.

Ce fait nous a paru digne de remarque sous plusieurs rapports. Lorsqu'au troisième mois de la première gestation survint un avortement sans cause connue, n'existait-il déjà pas dans l'utérus ce corps charnu qui fut expulsé six semaines après la deuxième parturition? Et n'a-t-il pas été cause de l'avortement? Nous sommes porté à le croire.

Une main exercée, en extrayant le placenta après l'accouchement à terme, n'eut sans doute pas manqué de reconnaître la présence de ce corps dans la cavité utérine et d'en tenter l'ablation; ce soin fut abandonné à la nature, qui a mis assez longtemps à exécuter ce travail, lequel a permis à cette

masse charnue de séjourner, après sa séparation, assez longtemps dans la cavité utérine pour y tomber en fermentation et disposer la femme à tous les inconvénients qui peuvent résulter de la putréfaction d'une substance charnue dans la cavité utérine. Ce n'est pas la seule fois que j'aie observé des polypes se séparant ainsi spontanément des parois internes de l'utérus, se putréfiant dans sa cavité, et donnant lieu, avant d'être entièrement expulsés, à des accidents divers; ici, probablement, le côté droit de l'utérus se sera pris d'inflammation, qui, par contiguïté de tissu, se sera étendue au tissu cellulaire du ligament large de ce côté, et sera ainsi devenue la cause de la tumeur iléo-pelvienne.

Le vésicatoire volant sur la région hypogastrique droite, les frictions mercurielles à la partie interne de la cuisse, et sans qu'il y ait eu de salivation, ont promptement fait disparaître ce travail inflammatoire.

TRENTE ET UNIÈME OBSERVATION. *Phlegmon du bassin suite de couches; ramollissement et fluctuation de la tumeur; symptômes généraux de suppuration interne; terminaison de la maladie par résolution.*—Catherine C....,de G....., de petite taille, bien constituée, habituellement bien portante et bien réglée, ménagère, indigente, tempérament non dessiné, âgée de vingt-six ans, enceinte pour la première fois, eut une grossesse heureuse; son accouchement fut naturel; le travail ne dura que trois heures; les lochies ont coulé régulièrement; les sueurs puerpérales furent copieuses et accompagnées de fièvre millaire; la sécrétion laiteuse s'est bien établie, elle fut abondante; vers le vingt-unième jour des couches (fin de février 1841) elle allait tellement bien qu'elle crut devoir retourner à l'église, se conformant en cela à cette règle générale admise chez les nouvelles accouchées, de faire leur première sortie pour aller à la messe.

Le vingt-unième jour, se préparant à cuire, elle eut un frisson qui la força de se remettre au lit; déjà les lochies avaient naturellement disparu; elle eut de la fièvre, de l'accablement, et, en deux jours, il n'y avait plus de lait dans les mamelles. Peu de temps après le frisson, elle ressentit une vive douleur dans la fosse iliaque droite, accompagnée de gêne dans les mouvements de la cuisse de ce côté. Elle n'employa, pendant les quatre semaines subséquentes, d'autre traitement que des applications émollientes sur le siége du mal: elle prit des lavements simples; elle tint le repos au lit; boissons et régime doux.

Je la vis le quarante-deuxième jour de ses couches, le vingt-deuxième de sa maladie; son affection avait été progressant; je la trouvai dans l'état suivant: maigreur et faiblesse générales; de temps en temps les pommettes sont colorées; frissons irréguliers; sueurs abondantes, surtout pendant le sommeil; toux fréquente; expectoration copieuse de cra-

chats épais, blancs et visqueux ; l'auscultation et la percussion de la poitrine ne décèlent, dans cette cavité splanchnique, rien autre que des symptômes de catarrhe bronchique. Le pouls est mou, peu développé, peu accéléré ; la langue est rouge et humide ; la soif est peu prononcée ; anorexie ; il y a eu des alternatives de constipation et de dévoiement ; urines rares et rouges. La malade rapporte toutes ses douleurs à la fosse iliaque droite, où le palper fait reconnaître une tumeur volumineuse, sensible à la vue, ayant la grosseur des deux poings du sujet, donnant à la percussion un son mat, sensible à la pression, molle, élastique, fluctuante, sans chaleur, sans changement de couleur à la peau qui la recouvre, sans signe d'adhérence avec les parois abdominales qui lui correspondent ; rétraction très-forte de la cuisse vers le bassin, de la jambe sur la cuisse, adduction prononcée du genou de ce côté. — Traitement : je fais appliquer sur la tumeur un assez large vésicatoire que l'on doit entretenir en suppuration ; frictions, répétées deux fois le jour, sur tout le reste du ventre et à la partie interne de la cuisse droite avec la pommade suivante :

℞ : Axonge préparé ʒ iii.
Opium muqueux gr. 18.
Iodure de plomb bien porphirisé ʒ iii.

Alimentation restaurante sans être excitante, boissons douces. Ce traitement fut exactement suivi pendant un mois, au bout duquel la tumeur iliaque, qui avait été insensiblement en diminuant, avait complétement disparu ; cette femme a promptement récupéré un bon état de santé.

Cette observation nous a paru très-intéressante sous plusieurs rapports. D'abord il n'est guère possible de lui assigner une cause bien évidente. Lorsque, pour la première fois, nous avons visité cette malade, nous avons cru, au premier aspect, qu'elle était parvenue au troisième degré d'une phthisie tuberculeuse des poumons à laquelle elle devait bientôt succomber ; le marasme, la fièvre hectique, la toux et l'expectoration formaient la base de ce premier jugement ; mais, après avoir employé la percussion et l'auscultation, nous avons bientôt modifié notre diagnostic pour n'admettre qu'un catarrhe bronchique, symptomatique d'une autre affection. En effet, les investigations auxquelles nous nous livrâmes, nous ont fait reconnaître un phlegmon situé dans la fosse iliaque droite, auquel nous avons sans hésiter, rattaché tous les phénomènes pathologiques existants, soit locaux, soit généraux ; ce n'était pas la première fois que, sous l'influence d'une

affection pareille, nous rencontrions un désordre pathologique aussi grave et aussi étendu; aussi notre prognostic ne fut-il pas entièrement désespéré, et la suite a prouvé que nous avions raison de penser ainsi.

Une chose qui a frappé mon attention, et qui a captivé mon admiration, c'est la terminaison par résolution de cet abcès hypogastrique, terminaison à laquelle, je dois le dire, je ne m'attendais guère; preuve entre mille autres qu'il ne faut pas abandonner trop tôt l'espoir de cette fin heureuse, et les médications qui lui sont appropriées. Mais, ici, est-ce au vésicatoire entretenu en suppuration, ou à l'action de la pommade iodurée, que l'on doit attribuer le succès? Tous deux nous ont paru concourir au même but.

TRENTE-DEUXIÈME OBSERVATION. *Engorgement inflammatoire dans la fosse iliaque gauche, suite de couches, terminé par résolution.*— La femme S...., de P....., âgée de vingt-huit ans, grande et fortement constituée, tempérament sanguin, habituellement bien portante et bien réglée, ménagère aisée, accoucha pour la deuxième fois le 19 juin 1839. Sa grossesse fut plus pénible que la première par suite de douleurs lombaires qu'elle ressentit longtemps; son accouchement fut cependant assez facile; son enfant fut un garçon bien portant qu'elle a allaité; les suites de couche furent heureuses jusqu'au douzième jour; alors les lochies se supprimèrent; elle me fit chercher le quinzième jour; tel était son état: depuis trois jours les vidanges sont supprimées, ce qu'elle attribue à un refroidissement qu'elle aurait éprouvé la nuit en se levant pour appeler sa mère; à dater de cette époque, elle a ressenti de la douleur dans le côté gauche de l'hypogastre, douleur qui a été en augmentant, et s'est accompagnée de fièvre et de courbature; le quatorzième jour des couches (deuxième de la maladie) on lui fit prendre, pour rappeler les lochies, une décoction de thim et de sabine; sous l'influence de ce moyen incendiaire, les douleurs ont augmenté, du dévoiement avec fortes douleurs abdominales a eu lieu; soif vive, engourdissement des extrémités inférieures, sentiments de syncope. Aujourd'hui, la peau est brûlante et sèche, le pouls peu accéléré et sans force, la figure colorée, la langue naturelle, la soif diminuée; il y a de l'anorexie; la tête est embarrassée; les lochies presque molles; l'hypogastre est douloureux à gauche, où existe une tumeur arrondie, allongée, de la grosseur d'un œuf de poule, située derrière et au-dessus du ligament de Poupart, et se dirigeant vers le fond de la matrice; cette tumeur est légèrement mobile et sensible à la pression; elle est d'une dureté moyenne; les mouvements, surtout quand elle se couche du côté droit, augmentent les douleurs; il lui semble, quand elle se couche en pronation droite, qu'un corps pesant retombe de ce côté, occasionne des tiraillements douloureux qui l'empêchent de conserver cette position. Elle n'a eu ni frissons ni sueurs;

elle ressent peu de douleurs aux lombes; les extrémités inférieures restent engourdies et non gonflées. — Traitement : douze sangsues à l'anus; cataplasmes émollients sur le ventre; deux lavements à la graine de lin par jour; tisane de chiendent nitrée; eau de veau; hydrogala; continuer la succion des seins dont la sécrétion laiteuse est un peu diminuée.

Le dix-septième jour, les sangsues ont bien saigné, et, aussitôt les douleurs se sont calmées, elle a pu se remuer plus facilement dans son lit; elle a dormi, a eu beaucoup moins de fièvre; ses urines sont devenues plus claires, ses selles plus faciles; les lochies ont reparu; hier, elle a pu se lever pour qu'on raccommodât son lit; aujourd'hui, la figure est pâle, les pommettes sont colorées, le sommeil est bon; la peau est moins chaude et moins sèche; le pouls est ralenti, son lait plus abondant, en donnant le sein elle se sent faible; la soif est diminuée, l'appétit renaît; elle éprouve une petite toux sèche; le ventre est mou, sans être volumineux, douloureux ni sensible à la pression; il n'y a qu'à gauche de l'hypogastre que la pression détermine encore un peu de douleur; la tumeur de cette région est ramollie et diminuée; les mouvements sont beaucoup plus libres et moins douloureux; il y a eu un peu de sueurs. — Traitement : repos au lit; bouillon de poule; laitage; émollients.

Le vingt-deuxième jour, elle ne ressent plus aucune douleur, même à la pression; la tumeur hypogastrique est disparue; elle perd encore en blanc, mais très-peu; sueurs naturelles; faim. — Traitement : bandage de corps; augmenter les aliments; continuer, quelques jours encore, la tisane.

Un refroidissement nous paraît être ici la cause occasionnelle du mal; mais une cause subséquente, dont l'action nous a paru beaucoup aider le développement de la maladie, consiste dans l'administration intempestive de la rue et de la sabine.

Le traitement antiphlogistique seul, aidé de la puissance médicatrice de la nature, a eu, dans ce cas, tout l'honneur de la guérison; c'est un résultat que nous signalons, parce que nous avons rarement eu l'occasion de le constater, bien que, théoriquement parlant, on devrait s'attendre à le rencontrer fréquemment.

TRENTE-TROISIÈME OBSERVATION. *Tumeur iliaque gauche chez une nouvelle accouchée; résolution.* — La meunière de M....., âgée de trente-six ans, d'un assez fort embonpoint, d'une forte constitution, tempérament sanguin, habituellement bien portante, était mère de sept enfants qu'elle a allaités quand, en mai 1838, elle devint enceinte pour la huitième

fois ; à la suite de ses deux dernières couches, elle eut, chaque fois, une amygdalite qui se termina par suppuration. Sa dernière grossesse, jusqu'au septième mois, fut aussi supportable que les précédentes ; mais, à dater de cette époque, un de ses jeunes enfants est tombé malade, et, pour le soigner et le tenir auprès d'elle, elle dut rester couchée sur le côté gauche pendant toutes les nuits ; dès lors, et malgré deux saignées qui lui avaient été pratiquées pendant le cours de sa grossesse, il se manifesta, dans la région hypogastrique gauche, une douleur d'abord sourde et qui augmenta jusque la fin de la grossesse: cette douleur l'empêchait de pouvoir vaquer à ses occupations ; les mouvements, la fatigue, le lavage, le transport de lourds fardeaux l'augmentaient.

Le 14 février 1839, le travail de l'accouchement se déclara ; il fut lent, et la parturition n'eut lieu que le 16 vers neuf heures du matin, et par les seules forces de la nature· l'enfant était fort, il avait le cordon à l'entour du cou et sous l'aisselle ; peu après le deuxième temps du travail, le placenta fut expulsé mais avec une partie seulement des membranes ; le reste des secondines ne sortit que deux jours après ; elle perdit beaucoup moins de sang que dans ses accouchements précédents ; étant délivrée, elle continua à souffrir du côté gauche de la région hypogastrique ; le troisième jour des couches, elle se leva et éprouva un assez fort frisson qui ne fut pas suivi de sueurs, tandis qu'à la suite de tous ses autres accouchements, elle suait beaucoup ; en marchant, elle boitait fortement de la jambe gauche, qui devait rester fléchie sur la cuisse et la cuisse sur le bassin ; elle croyait que, n'ayant pas encore eu de garde-robe, elle serait soulagée si elle en obtenait une ; c'est dans ce but qu'elle prit huit à dix lavements.

Le sixième jour des couches (22 février), je la vis pour la première fois ; ce jour même, elle eut une première et abondante évacuation alvine, qui fut suivie d'une augmentation dans les douleurs ; elle est sans fièvre ; pouls à soixante-dix par minute ; peau sèche sans chaleur ; figure naturelle ; respiration un peu gênée, très-peu de toux ; la sécrétion laiteuse varie comme les douleurs ; plus elle souffre, moins elle a de lait ; la langue est naturelle, l'appétit assez bon ; il n'y a pas de soif ; le ventre n'est ni gonflé ni sensible ; les urines sont libres, les lochies peu abondantes ; la jambe reste toujours un peu fléchie sur la cuisse et celle-ci sur le bassin ; douleurs continuelles dans la fosse iliaque gauche, offrant de très-violents paroxysmes, s'étendant à la partie antérieure de la cuisse, quelquefois même à tout le côté gauche du tronc jusqu'à l'épaule ; dans les moments d'exacerbation, la malade éprouve une grande anxiété générale. La pression sur la région gauche de l'hypogastre est douloureuse, par le palper. On y perçoit une tumeur difficile à circonscrire, de forme arrondie, un peu allongée. — Traitement : douze sangsues au fondement ; cataplasme émollient ; thé de bourrache ; eau de veau, bouillon de volaille, lait ; ouate sur les seins ; repos au lit ; lavements : si des sueurs se déclarent naturellement, on les aidera par du thé de sureau.

Le neuvième jour, pendant que les sangsues prenaient, elle a ressenti des tiraille-

ts douloureux dans l'engorgement ; mais quand elles furent tombées, elle en a res- i un grand soulagement ; aujourd'hui, il ne lui reste presque plus de douleur ; la eur iliaque est presque disparue ; elle peut se lever et marcher droite ; les lochies sont nentées. Même traitement sans sangsues.

e dixième jour, elle fut prise, après un peu d'horripilation, d'une angine tousillaire te, qui ne dura qu'une douzaine d'heures, et qui a cédé à l'usage des boissons douces. ater de ce moment, elle est entrée en convalescence, et le quatorzième jour, elle était ie.

ette observation, digne d'intérêt sous plusieurs rapports, nous fait naître une nouvelle cause de phlegmon du bassin suite de couches ; s avons vu, en effet, que l'obligation où s'était trouvée cette femme s les derniers temps de sa grossesse, de rester couchée sur le côté he pendant un grand nombre de nuits, avait donné lieu à des dou- s dans la région hypogastrique gauche ; que ces douleurs avaient isté jusqu'après l'accouchement, et étaient devenues le point de départ a maladie ; ici, le frisson fut évidemment consécutif, et, partant, le ltat du mal. La pression, les froissements de l'utérus gravide sur le cellulaire de la fosse iliaque gauche, nous paraissent évidemment use du développement de l'inflammation que nous y avons signalée.

u milieu des symptômes généraux, que nous avons fait connaître, s ferons remarquer ces douleurs sympathiques s'étendant à presque e la moitié du tronc, et cette fluctuation dans l'abondance de la étion laiteuse coïncidant avec les variations d'intensité des douleurs. s ne passerons non plus sous silence cette disposition à l'amygdalite, s'est manifestée lorsque la phlegmasie pelvienne fut éteinte.

ci, encore, le traitement antiphlogistique a eu un plein succès ; les sues au fondement ont réellement produit un résultat avantageux.

RENTE-QUATRIÈME OBSERVATION. *Tumeur inflammatoire de la fosse iliaque droite ter- e par résolution ; ensuite formation d'un phlegmon à la partie antérieure de la jambe he ; plus tard, formation d'un second abcès à la partie postérieure de la cuisse droite. Guérison.*

La femme G...., d'O....., âgée de trente-cinq ans, grande, bien constituée, lymphatico- guine, bien portante d'habitude, est mère de cinq enfants ; elle accoucha, le 11 no- bre 1835, à terme et naturellement, du cinquième enfant ; le 12, vers minuit, sans

autre cause que la fatigue résultat des nombreuses visites qu'elle avait reçues dans la journée, et bien que son accouchement eut été facile, heureux et prompt, bien que les suites fussent heureuses, elle fut prise d'un violent frisson suivi de fièvre, d'étouffement et de douleurs vers la fosse iliaque droite. Un chirurgien consulté, attribua ces phénomènes morbides à la présence de caillots sanguins dans la cavité utérine, et fit espérer qu'ils disparaitraient lorsque ces caillots seraient évacués ; il se contenta d'ordonner un cataplasme émollient sur l'hypogastre.

Je la vis le 16 au soir, cinquième jour des couches ; la fièvre et les douleurs avaient persisté, elle n'avait pas rejeté de caillots ; tel était son état : accablement général ; rougeur vultueuse de la face ; peau brûlante ; pouls à quatre-vingt-dix par minute, médiocrement plein et résistant ; langue blanche et humide ; anorexie ; peu de soif ; respiration libre ; la sécrétion laiteuse est bien établie ; les lochies coulent bien ; le ventre est souple ; elle éprouve, dans la fosse iliaque droite, de la douleur accompagnée d'une tumeur de la grosseur d'un œuf de dinde, sur laquelle glisse les parois abdominales. — Traitement : tisane de chiendent, eau d'orge ; lait coupé, bouillie de fécule ; lavements émollients ; quinze sangsues *loco dolenti* et huit aux parties génitales externes ; cataplasmes émollients.

Le septième jour, les sangsues ont beaucoup et longtemps saigné ; depuis lors, les lochies sont supprimées ; elle n'éprouve plus de douleurs ; de temps en temps, seulement, elle ressent quelques élancements vers la hanche droite ; la tumeur iliaque est dissipée ; la malade se trouve bien. Continuation du traitement, sans les sangsues ; si les lochies ne reparaissent pas, on appliquera une ventouse sèche à la partie utérine de chaque cuisse.

Le onzième jour, les lochies ont reparu en petite quantité ; quand la malade se couche sur l'un ou l'autre côté, elle ressent encore de la douleur à l'hypogastre ; hier elle a eu quatre selles naturelles qui l'ont soulagée.

Le quatorzième jour, les lochies coulent assez bien ; il y a peu de lait, peu de fièvre ; les selles et les urines sont libres ; la matrice, ou plutôt ses dépendances du côté droit sont encore sensibles à la pression ; le coucher latéral est encore un peu douloureux ; elle tousse beaucoup, sans que, cependant, la respiration soit gênée ; elle éprouve, vers la partie moyenne et antérieure de la jambe gauche, dans la partie correspondante au muscle grand extenseur des orteils, une douleur vive, qui augmente par la station bipède et la pression ; elle est accompagnée de gonflement et de chaleur, sans rougeur. — Traitement : vésicatoire au bras, pâte de jujube, sirop de guimauve, tisane pectorale miellée, bandage de corps, lavements, cataplasme émollient narcotique sur l'endroit douloureux de la jambe. La langue est blanche, il y a de la soif et de l'anorexie.

Le dix-septième jour, la toux est calmée, l'anorexie persiste, la soif diminue, le ventre n'est plus douloureux ni sensible, même état de la jambe, continuation, thé de camomille et de petit chêne.

Le vingt-deuxième jour, elle se trouve bien du ventre, de la poitrine et de la tête, la perte

d'appétit continue, la langue reste blanche ; les lochies coulent naturellement ; la sécrétion laiteuse est normale ; elle a beaucoup souffert, la nuit passée, du mal de la jambe gauche, dont le gonflement est augmenté et accompagné de rougeur sur la partie la plus proéminente ; la douleur augmente par la pression, la station droite et assise ; cette tumeur est molle, élastique, fluctuante. A la partie postérieure et inférieure de la cuisse droite existe aussi de la douleur avec gonflement. — Traitement : on sèche le vésicatoire du bras ; émollients sur les places douloureuses.

Le vingt-quatrième jour, la tumeur de la jambe bombe davantage ; la peau qui la recouvre devient plus rouge ; elle est plus fluctuante ; la malade en souffre beaucoup toutes les nuits ; elle y éprouve des douleurs pulsatives qui augmentent par le mouvement et la pression ; j'y pratique une ponction, qui donne issue à un demi-verre de pus blanc-jaunâtre, épais, mélangé d'un peu de sang ; aussitôt elle se trouve soulagée ; cataplasme émollient. De jour en jour, cette suppuration diminue ; elle est tarie le septième jour, et l'abcès guéri. A la partie inférieure et postérieure de la cuisse droite existe, dans le tissu cellulaire sous-cutané, un engorgement dur, non fluctuant, étendu, douloureux, aplati ; cataplasme émollient.

Le trente-unième jour, la malade a considérablement souffert de l'inflammation de la cuisse droite ; elle a éprouvé des frissons, de la fièvre, des sueurs à la tête ; c'est encore pendant la nuit qu'elle souffre le plus ; ces douleurs sont pulsatives ; la jambe reste fléchie sur la cuisse, le moindre mouvement d'extension lui arrache des cris ; la tumeur de la cuisse droite a le volume du poing ; elle est arrondie, un peu allongée, très-douloureuse à la pression ; la peau, qui la recouvre, est chaude et rouge ; il existe une fluctuation profonde ; j'en pratique la ponction, qui donne issue à un verre de pus bien lié, blanc, sans odeur ; on continue les émollients.

Le quarante-troisième jour, l'appétit et les forces renaissent de jour en jour ; il s'écoule toujours par l'ouverture du dernier abcès un pus séreux, jaunâtre ; la tuméfaction et la douleur sont dissipées ; elle ne peut redresser sa jambe.

Le cinquantième jour, guérison.

Le fait précédent ne démontre-t-il pas qu'il existait, chez cette nouvelle accouchée, une véritable diathèse purulente? A quoi attribuer la formation de ces divers phlegmons si ce n'est à cet état particulier de l'économie, dont nous nous sommes déjà entretenu en parlant de la phlébite utérine, et dans lequel, sans cause connue, une inflammation se développe dans l'une ou l'autre partie du corps et se termine promptement par suppuration? L'on ne peut admettre ici de phlébite ni d'infection purulente, il n'en existait aucun symptôme.

§ II. *Pathologie des phlegmons du bassin, suites de couches.*

Parmi les nombreuses maladies auxquelles sont exposées les femmes en couches, les abcès du bassin ne sont ni les moins redoutables, ni les moins communs; d'un diagnostic difficile, d'une localisation souvent obscure, cette affection a dû fréquemment embarrasser le praticien sur la nature, et, particulièrement, sur son issue et son traitement. Aussi, bien que dans ces derniers temps des auteurs distingués s'en soient spécialement occupés, et aient publié le fruit de leurs travaux, ce sujet laisse encore beaucoup à désirer. Plusieurs célébrités médicales, Dance, Brichetau, Grisolles, Delhaye, Boivin, David, Chomel, Dupuytren, etc., ont publié des faits intéressants sur cette matière; les conséquences théoriques et pratiques qu'ils en ont déduites; celles qui résultent des faits que nous venons d'enregistrer, vont nous servir à faire l'histoire pathologique de cette maladie.

Les tumeurs phlegmoneuses du bassin sont plus fréquentes à la fosse iliaque droite qu'à la gauche, ce que l'on attribue 1° à la disposition qu'affecte dans ce point le tube digestif; 2° à ce que les matières alimentaires, obligées de circuler contre les lois de la pesanteur, s'y accumulent en grande quantité; 3° à la fréquence et à la diversité des lésions organiques du cœcum, qui deviennent quelquefois une cause efficiente de l'inflammation du tissu cellulaire ambiant; 4° enfin, s'il est vrai que l'inflammation de la muqueuse intestinale puisse s'étendre à travers les trois membranes jusqu'au tissu cellulaire des fosses iliaques, cette transmission serait plus facile à droite qu'à gauche, parce que, dans le premier point, l'intestin est dépourvu de mésentère; sa face postérieure n'étant point protégée par le péritoine offre, par conséquent, moins de résistance à l'envahissement du travail inflammatoire.

Les abcès qui surviennent dans le cours de l'état puerpéral, dit Grisolles, se sont présentés plus fréquemment à gauche qu'à droite, sans qu'on puisse en dire le véritable motif : quelques auteurs à la vérité ont cru que cette fréquence dépendait de l'inclinaison de l'utérus à droite, et du tiraillement qu'en éprouvait le ligament large gauche; mais, dit-il, c'est

là un raisonnement spécieux et souvent faux. D'après les faits que nous avons recueillis, c'est à droite que ces abcès se sont présentés le plus fréquemment.

Hors l'état puerpéral, ces abcès sont plus fréquents chez l'homme que chez la femme : ce qui prouve que si l'on rencontre si communément ces phlegmons chez la femme à l'état puerpéral, c'est que cet état donne à celle-ci une prédisposition à ce genre de maladie.

Il ne paraît pas que l'accouchement laborieux dispose à ce genre d'affection; il n'en est plus de même de l'accouchement primipare qui, d'après Grisolles et Piatay, y disposerait; il en est de même d'un travail long et pénible, comme il arrive si souvent chez les primipares.

Les accouchements qui, pour être terminés, nécessitent l'introduction de la main ou des instruments, ne sont pas, non plus, une cause efficiente bien certaine des abcès iliaques; tandis que le phlegmon diffus, les vastes suppurations de la cavité pelvienne, succèdent assez fréquemment aux manœuvres répétées, et surtout aux applications de forceps faites peu méthodiquement.

Le docteur Kill (1) attribue plusieurs des abcès consécutifs aux couches, à la déchirure, au tiraillement du psoas produit par un trop fort écartement des cuisses pendant le travail de la parturition; nous en avons cité un exemple évident et qui prouvera à M. Grisolles, qui n'y croit pas, que la chose est possible.

L'époque de la vie de la femme, pendant laquelle celle-ci est apte à concevoir, prédispose aux phlegmons du bassin par suite de l'état puerpéral dans lequel elles peuvent se trouver alors; il paraît aussi qu'un état débile, maladif ne dispose pas autant à ce genre d'affection que l'état contraire. Les saisons et les professions paraissent être aussi sans résultat à cet égard ; il en est de même de l'alimentation.

« On pense généralement, dit Grisolles (2), que les abcès des fosses iliaques, et spécialement à droite, sont consécutifs à une phlegmasie aiguë ou chronique de la muqueuse iléo-cœcale; cette opinion, émise par Dance,

(1) *Rust. Magazin*, t. XLI, deuxième partie, page 311. — (2) *Archives*, ouvrage cité, page 40.

a été adoptée par MM. Lebatard et Téallier (1); ces médecins avec Menier ont en effet regardé l'inflammation des muqueuses comme se propageant avec facilité aux couches celluleuses environnantes. Cette transmission semble très-rare; les médecins qui ont fait jouer un grand rôle à l'entérite comme cause de ces tumeurs phlegmoneuses, ont cité à l'appui de leur opinion l'histoire de plusieurs individus chez lesquels la maladie avait été précédée pendant quelques temps de coliques et de dévoiement. Nous avons cité des exemples à l'appui de cette manière de voir.

Les phlegmons iliaques se développent plus souvent dans le tissu cellulaire sous-péritonéal que dans celui qui est subjacent au fascia-iliaque, ce qui peut dépendre 1° de ce que ce tissu est plus voisin de l'intestin; 2° de ce que, d'après la loi pathologique si bien développée par Hunter, les abcès sont infiniment plus rares dans les couches profondes que dans les couches superficielles du tissu cellulaire, quelle que soit la région du corps où on les observe.

Il ne paraît pas que la constipation soit une cause de cette maladie; la perforation du cœcum et de son appendice survenant spontanément ou par gangrène, résultant souvent de la présence de corps étrangers ou de fèces endurcis, détermine parfois des abcès phlegmoneux ou gangréneux, qui sont pour la fosse iliaque semblables à ceux qu'on rencontre si souvent à la marge de l'anus, et qui sont ordinairement consécutifs à quelques crévasses de l'intestin, ayant permis l'infiltration des matières fécales dans le tissu cellulaire voisin. On peut lire plusieurs exemples d'abcès stercoraux de la fosse iliaque droite dans un mémoire du docteur John Jurne (2), et dans une thèse soutenue en 1836, à Heidelberg, par M. F. Merling sur l'anatomie pathologique de l'appendice vermiforme.

Lorsque la perforation ou la gangrène du cœcum occupe la paroi postérieure, dans le point où l'intestin est dépourvu de péritoine, les matières fécales s'épanchent alors librement dans le tissu cellulaire de la fosse iliaque et des lombes, qui s'enflamme, suppure et se sphacèle en peu de temps; mais si l'altération occupe la paroi antérieure du cœcum ou

(1) *Journal général*, tome CVII, page 7. — (2) *Westminster's hospital reports*, 1838.

l'appendice vermiforme, le plus ordinairement il en résulte un épanchement stercoral dans le ventre, et une péritonite suraiguë promptement mortelle. Dans quelques cas moins fâcheux, des adhérences s'établissent au pourtour de la lésion intestinale, de telle sorte que lorsque la perforation s'effectue, l'épanchement s'opère dans un point circonscrit de la cavité péritonéale : la mort survient souvent alors sans que le tissu cellulaire de la fosse iliaque s'enflamme. Mais quelquefois le contraire a lieu; un phlegmon se développe consécutivement, soit par suite de l'extension de la phlegmasie du péritoine au tissu cellulaire subjacent, soit plutôt parce que les matières fécales qui sont épanchées dans la cavité circonscrite du péritoine détruisent, sphacèlent cette membrane, et vont consécutivement enflammer et détruire le tissu cellulaire ambiant. Grisolles (1) cite un exemple de ce genre, dans lequel une nouvelle accouchée fut prise, le lendemain de ses couches, de douleur iléo-cœcale droite, suivie de perforation de l'intestin, d'épanchement circonscrit dans le péritoine, de gangrène des parois de cet épanchement, qui a permis aux fèces, etc., de s'étendre dans le tissu cellulaire de la fosse iliaque, et y déterminer un abcès également gangréneux.

Les phlegmons iliaques succèdent quelquefois à l'inflammation de quelque organe voisin; c'est ainsi que, d'après M. Lebatard, M. Velpeau aurait vu un phlegmon de la fosse iliaque gauche survenir chez une femme, consécutivement à l'inflammation de la capsule synoviale qui tapisse la branche horizontale du pubis pour faciliter le glissement des muscles psoas et iliaque. M. Velpeau a également vu un bubon suppuré déterminer par contiguïté de tissu, comme dans le cas précédent, une inflammation du tissu cellulaire de la fosse iliaque gauche chez un jeune homme syphilitique (2).

On a avancé que la métrite, que l'inflammation des annexes de l'utérus, et spécialement des ligaments larges, était une cause puissante des abcès iliaques qui surviennent chez la femme en vacuité, mais surtout pendant la période puerpérale. Nous en avons cité des exemples, et Velpeau dit,

(1) Ouvrage cité, page 15. — (2) LEBATARD, *Thèse*, Paris, 1837, n° 397.

en effet (1), avoir vu deux fois la maladie se déclarer chez des femmes qui souffraient de l'utérus. M. Piotay cite également deux cas où le phlegmon iliaque se déclara dans le cours d'une métrite aiguë. M. Delhaye (2) en a aussi cité deux faits. « Cependant, dit Grisolles (3), les faits de ce genre sont infiniment rares. C'est ainsi que, consultant toutes les observations d'abcès iliaques puerpéraux terminés par la mort, je n'en vois que deux dans lesquels la collection purulente a occupé à la fois la fosse iliaque et les ligaments larges. Dans un fait de M. Vegla (4) on trouva, dans le repli du côté droit, une petite collection de pus crémeux, se prolongeant un peu dans l'interstice celluleux qui sépare le vagin de la vessie, mais n'ayant aucune communication avec le grand foyer; évidemment on ne peut ici considérer le petit abcès du ligament large comme ayant été le point de départ du vaste phlegmon, dont la fosse iliaque était le siége. La deuxième observation a été publiée par Dance (5); on y voit le foyer iliaque se prolonger jusque dans les ligaments larges; mais les symptômes notés au début ne prouvent pas que ces replis aient été le point de départ de la maladie. Qu'on consulte l'ouvrage de Boivin et Dugès sur les affections de l'utérus et de ses annexes, on n'y trouve aucune observation de maladie aiguë ou chronique qui ait été compliquée d'abcès iliaque, quelque grave qu'ait été le désordre vers les parties génitales. Quant à moi, ajoute-t-il, pendant un séjour de huit années dans les hôpitaux, je n'ai jamais constaté non plus aucun fait prouvant la transmission d'une phlegmasie utérine au tissu cellulaire qui remplit la cavité du grand bassin. De tout cela il résulte que les maladies de l'utérus et de ses annexes ne peuvent être regardées comme une cause fréquente des abcès iliaques. Cependant on reconnaît que ceux-ci peuvent être parfois consécutifs à une phlegmasie des ligaments larges, dont le tissu cellulaire se continue avec celui de tout le bassin; mais la chose est infiniment rare, et je crois que les faits connus jusqu'à ce jour ne sauraient autoriser les auteurs à dire, comme ils le font, que les annexes de l'utérus, et que les ligaments larges en particulier,

(1) *Anat. chir.*, tome II. — (2) *Ann. d'ocul. et de gym.* — (3) Ouvrage cité, page 49. — (4) *Bull. de la Soc. anat.*, 1837. — (5) *Répert. d'anat. et de phys. de Breschet*, obs. X.

sont le point de départ des phlegmons iliaques consécutifs aux couches. » Nous sommes loin de partager l'opinion de Grisolles sur ce sujet; nous croyons, contrairement à ce qu'il avance, que les abcès iliaques sont souvent consécutifs à une phlegmasie du péritoine, de l'utérus ou de ses annexes. Le siége de l'oophorite et les faits recueillis ne laissent pas douter que l'inflammation de l'ovaire, si voisin de la fosse iliaque, ne puisse se communiquer facilement au tissu cellulaire de cette région, et devenir cause du développement d'abcès; l'on peut en dire autant des trompes. Du reste, on a vu l'abcès de l'ovaire, au lieu de descendre dans le petit bassin, gagner la fosse iliaque et constituer l'abcès de cette région; lorsque la phlegmasie de l'utérus s'étend à ses ligaments ronds, et qu'elle détermine l'inflammation du tissu cellulaire qui l'environne, si cette phlogose se termine par suppuration ainsi que cela s'observe communément, l'abcès qui en résulte, situé derrière le ligament de Poupart, ne constitue-t-il pas encore un phlegmon iliaque? Enfin, le volume de la matrice après les couches, volume qui met les côtés de cet organe pour ainsi dire en contact avec le tissu cellulaire des fosses iliaques, contact qui est encore favorisé par le rétablissement imparfait des ligaments larges, ne favorise-t-il pas l'extension de la métrite au tissu cellulaire des deux côtés du grand bassin? Ce qui, alors, peut induire en erreur, c'est que souvent le développement du phlegmon pelvien semble concentrer vers lui toute la maladie; on voit alors l'utérus récupérer son état sain, se rétracter, rentrer dans le petit bassin, et s'éloigner ainsi du nouveau foyer maladif. Dans ces cas, ce n'est qu'en observant bien attentivement les prodromes, le début et la marche de la maladie que l'on arrive à reconnaître le véritable point de départ des phlegmons précités. Nous avons vu, en traitant de la métrite et de l'oophorite, que, lorsque ces phlegmasies se terminent par suppuration, généralement il en résulte des tumeurs phlegmoneuses, plus ou moins volumineuses, qui peuvent s'étendre dans les ligaments larges, proéminer dans les fosses iliaques et se créer une issue dans l'un ou l'autre des organes creux qui les environnent.

Les phlegmons iliaques peuvent se développer sous l'influence de causes traumatiques, de corps étrangers introduits par la bouche et qui,

arrivés dans l'intestin, se frayent une issue dans le tissu cellulaire ambiant.

Des coups, de fortes pressions sur les régions iliaques ont été quelquefois la cause déterminante des phlegmons de ces parties; nous en avons cité un exemple. Bourienne (1) en cite deux cas.

Des vers sortis des intestins et parvenus dans la fosse iliaque, peuvent donner lieu au même résultat. Nous en avons cité un exemple.

Les fatigues résultant d'une marche longue et pénible, et surtout les efforts violents, tels que pour ramener le corps dans sa rectitude, pour courir, sauter, jouer aux quilles, porter les genoux fortement et brusquement dans l'abduction, etc., peuvent devenir causes de phlegmons iliaques.

Nous avons cité un cas où l'on ne pouvait assigner au phlegmon iliaque d'autres causes qu'une fièvre intermittente.

On a invoqué, pour expliquer le développement des abcès iliaques chez les nouvelles accouchées, les métastases laiteuses. C'est ainsi que pensaient Puzos et Levret; celui-ci (2) a observé que les accouchées, chez lesquelles la sécrétion du lait s'établit convenablement, n'étaient affectées d'abcès iliaques que le douzième ou le quinzième jour après l'accouchement; dans les cas, au contraire, où la fièvre de lait n'avait pas lieu, lorsque les mamelles restaient flasques, il voyait quelquefois alors la maladie se déclarer beaucoup plus tôt; enfin, ce célèbre accoucheur dit avoir observé l'engorgement des fosses iliaques chez des femmes une année après leur délivrance, mais qui, depuis douze ou quinze jours, avaient perdu l'enfant qu'elles allaitaient.

« Si, dit Grisolles (3), j'analyse mes observations d'abcès iliaques puerpéraux, je vois que sur quatorze cas, il y en a onze qui se sont déclarés du troisième au dixième jour après l'accouchement; deux sont survenus avant le quinzième jour, et un seul au bout d'un mois; d'où il résulte que la maladie se déclare spécialement à l'époque de la révolution laiteuse; mais on ne peut rien conclure de l'activité plus ou moins grande de cette sécrétion : celle-ci en effet, n'offrira rien d'anormal, lorsque les symptômes

(1) Ouv. cité, *Obs.* 1 et 2. — (2) *L'art des accouch.*, sect. VII, page 173. — (3) Ouv. cité, p. 83.

du début seront peu intenses; dans le cas contraire, on voit les mamelles rester plus ou moins flasques, ce qui d'ailleurs ne prouve pas une métastase, mais s'explique très-bien par la révulsion qu'opère l'inflammation du tissu cellulaire du bassin. Une circonstance qui mérite d'être notée, c'est que toutes les malades que j'ai observées, n'avaient point allaité leur enfant, et qu'il paraît en avoir été de même pour presque toutes les femmes, dont les auteurs nous ont transmis l'histoire. Je suis donc autorisé à croire que le défaut d'excrétion du lait favorise le développement des engorgements inflammatoires des fosses iliaques; non que j'admette avec les anciens une résorption du lait en nature et son transport direct sur les tissus, mais je pense que les éléments de ce liquide, portés nécessairement par la voie de l'absorption, dans le torrent circulatoire, impriment un certain trouble dans l'organisme, et peuvent devenir ainsi la cause d'un phlegmon iliaque, maladie à laquelle la femme est déjà prédisposée par le fait seul de son accouchement. » Les faits et le raisonnement ne nous permettent pas encore de partager les opinions de Grisollés, quant à l'influence de la sécrétion laiteuse sur le développement des phlegmons iliaques. Certes, Levret et Puzos, etc., avaient tort d'admettre le transport du lait par l'intermédiaire de l'absorption et de la circulation sanguine, pour être sécrété, déposé par celle-ci dans les parties où il se développe des abcès, afin de se rendre raison du développement de ceux-ci; car, comment ces auteurs auraient-ils expliqué la formation de tumeurs phlegmoneuses du bassin chez les femmes atteintes d'agalaxie? Mais si le lait formé dans les mamelles, n'en est pas excrété ou par la succion de l'enfant ou de toute autre manière, il peut comme la bile, le pus, être résorbé en quantité plus ou moins considérable, et son mélange avec le sang doit occasionner dans ce fluide une modification inconnue jusqu'à ce jour, mais susceptible d'en altérer plus ou moins la composition et les fonctions, et de donner à l'économie des dispositions maladives que le temps fera peut-être connaître. Du reste, qui oserait assurer qu'il n'en est pas des globules laiteux comme des globules de pus, c'est-à-dire que, rentrés après leur formation dans le torrent circulatoire par la voie de l'absorption, le sang ne cherche pas à s'en débarrasser comme des autres substances qui lui

sont devenues hétérogènes, et au lieu de les rejeter hors du corps par la voie des diverses excrétions, ne les dépose pas dans la trame du tissu cellulaire pelvien, où ces globules laiteux feront l'office de l'épine de Van Helmont, en donnant lieu à une inflammation phlegmoneuse? Mais lorsque la sécrétion laiteuse n'est pas établie, lorsque le gonflement des mamelles n'est encore que le résultat d'une fluxion sanguine, et que les femmes n'allaitent pas et n'excitent la sécrétion laiteuse par aucun moyen, alors la fluxion mammaire, après deux ou trois jours d'existence, diminue sensiblement et se termine, en sept ou huit jours, par résolution; alors, ce n'est pas du lait que l'absorption fait rentrer dans le torrent circulatoire, c'est le sang lui-même qui avait gorgé les capillaires des mamelles en apportant à ces glandes les matériaux de la sécrétion laiteuse.

Lorsque cette fonction est établie et que le développement d'un phlegmon iliaque détermine sur elle une révulsion capable de la diminuer, de la faire même tarir, comme nous en avons cité un exemple, alors non-seulement cet excès de vie qui activait la fonction mammaire se reporte sur la partie malade, mais encore le sang qui était habitué de se porter aux mamelles pour fournir à leur élaboration les matériaux du lait; en fournissant ces matériaux, le sang perd insensiblemont les qualités phlogistiques que lui avait donné la grossesse et qu'il conserve dans les premiers temps de l'état puerpéral; or, s'il ne fournit plus rien aux seins, il conserve plus ou moins cette qualité, qui favorise le développement des phlegmasies.

Le mouvement du sang vers l'utérus qui a lieu pendant la grossesse, et qui, par l'effet de l'habitude, continue encore quelque temps après les couches, est lui-même susceptible d'être révulsé d'une manière physiologique ou pathologique; la turgescence mammaire et la fièvre de lait, qui se manifestent généralement le troisième jour des couches, et qui suspendent momentanément la sécrétion lochiale, sont une preuve de cette révulsion physiologique. Et si l'on réfléchit bien à ce qui se passe dans certains cas où, pour une cause quelconque, la femme n'allaite pas, et n'est pas atteinte d'agalaxie, l'on verra que les mamelles se congestionnent, qu'elles se préparent aux fonctions qu'elles sont appelées à rem-

lir, que leur vitalité augmentée attire vers elles la fluxion sanguine qui e portait vers l'utérus. Si, dans cette circonstance, la succion des amelons n'a pas lieu, si la turgescence mammaire est combattue par n régime sévère, des boissons délayantes, des émollients, bientôt on oit diminuer la sensibilité, la chaleur, la rougeur, le gonflement et la esanteur des seins, et cette diminution marcher jusqu'à ce que ces landes soient devenues molles et sans engorgement; et, chose remar- uable, l'on voit en même temps reparaître l'écoulement lochial, et les idanges devenir bien plus abondantes qu'auparavant; cette augmenta- ion remplace la sécrétion mammaire qu'on a empêchée; mais alors ce 'est pas du lait qui sort en nature par le canal vulvo-utérin; la fluxion anguine, qui devait porter aux glandes mammaires les matériaux de la écrétion laiteuse, se porte vers l'utérus où le sang se dépouille de ces natériaux. Il en résulte une exagération des fonctions utérines, et comme le l'excès d'action d'un organe à son état inflammatoire il n'y a qu'un pas, ue souvent l'un succède à l'autre, il en résulte que ne pas allaiter ni tirer es seins constitue, pour la nouvelle accouchée, une cause prédisposante de naladies de l'utérus et de ses annexes, et, par suite, des phlegmasies qui euvent se développer autour de cet organe, tels que les phlegmons liaques, etc. Et si c'est l'engorgement phlegmasique du tissu cellulaire elvien qui donne lieu à la diminution ou à la suppression de la sécrétion aiteuse, alors c'est sur la partie souffrante que se porte la fluxion sanguine, ui contribue beaucoup à l'intensité et à l'acuité de la maladie, ainsi qu'à a terminaison par suppuration.

En général, pendant les sept à huit premiers jours qui suivent les ouches, la femme éprouve une augmentation plus ou moins considérable le la perspiration cutanée qu'accompagne communément un état de bien- tre général, et qui concourt à constituer l'état heureux des suites de ouches; cette augmentation de fonction, bien que moins importante que es sécrétions lochiale et laiteuse, ne laisse pas que d'avoir aussi son degré l'utilité dans les actes qui ramènent à l'état normal les liquides et les olides que la grossesse en avait fait sortir : témoins les cas où il y a galaxie et où généralement les lochies et les sueurs sont les seuls dépura-

teurs du sang; témoin aussi l'influence pernicieuse de leur suppression, soit comme cause, soit comme effet des maladies puerpérales, et leur influence salutaire comme crise de ces affections. L'on conçoit que la suppression de cette fonction par un refroidissement peut devenir cause de phlegmons du bassin, et que cette suppression, occasionnée par le développement de cette phlegmasie, devra contribuer à en augmenter l'intensité.

Il est un état général de l'économie qui dispose aux inflammations purulentes et qui seule peut suffire pour donner lieu au développement des phlegmons iliaques; cet état auquel on donne le nom de diathèse purulente, n'est pas très-rare chez les nouvelles accouchées; nous en avons cité un exemple.

L'invasion du phlegmon iliaque est ordinairement marquée par une douleur plus ou moins vive, limitée dans une des fosses iliaques, ou s'irradiant plus ou moins loin; en même temps on remarque un appareil fébrile variable, quelques troubles du côté des organes disgestifs, enfin divers autres symptômes qui peuvent éclairer sur le siége précis qu'occupe l'engorgement iliaque : ces divers phénomènes morbides n'ont pas tous la même valeur; ils varient beaucoup sous le double rapport de leur fréquence et de leur intensité.

Le frisson, qui est si fréquent au début des phlegmasies, surtout des phlegmasies viscérales, s'observe plus rarement ici.

De tous les symptômes de la maladie, la douleur est un des plus constants. Elle est ordinairemant vive, et se montre dès le début; quelquefois, cependant, elle n'a lieu qu'au bout d'un ou de plusieurs jours, de sorte qu'elle indique moins, peut-être, le début de la maladie dans certains cas, que le commencement de son état aigu. La douleur spontanée est variable en intensité; chez quelques sujets, elle est seulement sourde, gravative; chez la plupart il se joint à cette douleur continue des douleurs lancinantes, pulsatives, qui s'irradient plus ou moins loin dans l'abdomen, la cuisse correspondante, le périnée; nous l'avons vue s'étendre à tout le côté correspondant du tronc jusqu'à l'épaule. Ces irridiations de la douleur ne sont pas toujours un effet purement sympathique; mais elles dépendent quel-

quefois de l'influence qu'exerce la tumeur sur les nerfs qui vont se distribuer aux parties souffrantes. Quelquefois elle ne consiste qu'en un engourdissement et un fourmillement incommodes; dans tous les cas, les parties douloureuses ne présentent aucun changement de volume ni de coloration, et la pression tantôt exaspère, et tantôt cache ces souffrances. On a remarqué assez souvent que les malades ne rapportaient pas le siége des douleurs au point précis occupé par la tumeur inflammatoire; quelques-uns se plaignent de douleur dans tout le ventre ou dans l'hypogastre, lorsque la région inguinale est le siége du mal. La douleur à la pression donne des renseignements encore plus précis : ainsi, dans un point de l'abdomen, l'une des deux fosses iliaques, ou un point de l'hypogastre, on détermine par la palpation une douleur vive, ordinairement intolérable, et qui arrache des plaintes à la malade. Les secousses de la toux, les mouvements du tronc, et surtout ceux de la jambe lorsque l'abcès occupe la fosse iliaque, exaspèrent considérablement la douleur. Aussi les malades tiennent-elles à demi-fléchi le membre inférieur du côté malade, et redoutent-elles beaucoup les mouvements d'extension qu'on veut lui communiquer.

L'invasion de la maladie est quelquefois marquée par divers troubles des organes digestifs, tels qu'inappétence, envie de vomir, et spécialement par du dévoiement, d'autres fois par de la constipation. Parfois aussi on remarque des alternatives de constipation et de diarrhée. On a noté des ténesmes, des épreintes sans évacuations intestinales.

Le phénomène morbide le plus important est l'existence d'une tumeur dans l'une des régions iliaques. Dans le début, il n'existe pas encore de déformation dans cette région, ce n'est que par le toucher qu'on peut reconnaître tantôt une simple résistance, une espèce d'empâtement, tantôt une véritable tumeur plus ou moins dure, sans bosselure, sans battement et sans changement de couleur à la peau. Elle est d'un volume très-variable; mais, en général elle occupe une assez grande étendue, et remplit tout une fosse iliaque sans laisser d'intervalle entre elle et l'os des îles. Dans un cas, dit Valleix (1), que j'ai observé à la Pitié, et qui s'est montré chez une

(1) Ouvrage cité, page 557.

femme en couches, la tumeur dépassait beaucoup la ligne médiane, et avait par conséquent un volume énorme.

Cette tumeur est presque toujours immobile, et, dans les cas où on peut lui imprimer des mouvements, ceux-ci sont toujours très-bornés. La percussion, pratiquée avec ménagement, donne généralement un son mat dans toute l'étendue de la tumeur, à moins qu'une portion intestinale ne vienne à s'interposer, et ce son mat contraste ordinairement avec le son tympanique rendu par les parties environnantes. Cependant, dans quelques cas, et nous en avons cité des exemples, le dégagement de gaz dans le foyer purulent ajoute non-seulement au volume de la tumeur, mais encore lui procure un son tympanique.

La paroi antérieure du ventre qui recouvre la tumeur, glisse facilement au devant d'elle, à moins que ces parties n'aient contracté des adhérences entre elles.

Si, comme cela paraît être le plus ordinaire, la tumeur se développe au-dessous du péritoine aux dépens du tissu cellulaire qui s'y trouve, on pourra la déplacer un peu, car le tissu cellulaire qui l'entoure, est lâche, lamelleux, et le péritoine qui la recouvre ne l'empêche pas de se porter en avant. Si, au contraire, le phlegmon a son siége au-dessous de l'aponévrose iliaque, celle-ci bridera la tumeur, l'empêchera de saillir en avant; elle la rendra tout à fait immobile, et lui donnera cette forme aplatie qu'elle offre quelquefois.

En général il est facile de circonscrire la tumeur, dont le volume est variable. Il est rare qu'elle soit plus petite qu'une noix, nous l'avons souvent rencontrée à peu près égale au poing du sujet; souvent elle offre le volume d'un œuf de poule. Quand elle envahit toute la fosse iliaque, il est difficile d'en préciser les limites, on ne trouve alors qu'une tympanisation, et plus souvent une résistance diffuse, se prolongeant plus ou moins haut du côté de la région lombaire.

Chez certains sujets, on observe dans les membres pelviens un engourdissement ou des fourmillements incommodes, qui, dans certains cas, me semblent devoir se rattacher à une gêne de la circulation dans les vaisseaux qui vont se distribuer au membre inférieur correspondant. Si la compres-

sion, produite par la tumeur, porte spécialement sur la veine iliaque, on remarquera alors un œdème qui tantôt sera borné aux malléoles, qui quelquefois pourra gagner tout le membre inférieur et persister même longtemps après la guérison apparente de la maladie. Pour que ces compressions vasculaires aient lieu, il faut que l'inflammation envahisse le tissu cellulaire des psoas; mais, même dans ce cas, les vaisseaux protégés par une gaîne assez forte, et placés dans un tissu cellulaire peu serré, peuvent fuir devant une compression qui en diminuerait le calibre si elle s'exerçait sur eux. Les nerfs, au contraire, enveloppés dans les fibres du muscle doivent être plus souvent influencés par le voisinage de l'engorgement inflammatoire. « Cependant, dit Grisolles (1), je l'ai vu manquer tout à fait chez une femme qui mourut des suites d'un phlegmon, et quoique chez elle on ait trouvé plusieurs branches nerveuses, friables, ramollies, au centre du foyer purulent. » Mais le cœcum est l'organe que la tumeur comprime le plus souvent, et une constipation ordinairement assez opiniâtre, le défaut d'excrétion gazeuse et de météorisme, sont l'effet naturel de cette compression. Enfin, la tumeur peut être cause de rétraction du membre et de claudication lorsque, située au-dessous du *fascia iliaca,* elle comprime le muscle iliaque, ou bien lorsque les fibres musculaires des psoas et iliaque participent au travail inflammatoire.

Par fois la maladie, après avoir persisté pendant un temps variable, mais qui n'est pas fort long, se dissipe peu à peu; on voit d'abord la tumeur devenir moins douloureuse, puis diminuer de volume et finir par disparaître sans laisser de trace, ou ne laisser qu'un petit noyau dur et indolent qui disparaît de lui-même au bout d'un temps plus ou moins long, mais qui, comme nous en avons cité un exemple, peut, longtemps après la guérison de la maladie première, donner lieu à un second phlegmon iliaque. Quelquefois ces tumeurs inflammatoires du bassin dans un état de suppuration fort avancé, se sont terminées par résolution, par complète guérison, sans qu'il y ait eu sortie de pus par aucun des organes creux qui circonvoisinent ces abcès, non plus que par d'autres parties du corps. Nous en avons cité un bel exemple.

(1) Page 60.

Quelquefois, longtemps après la guérison de la maladie, des douleurs se font sentir dans l'endroit qu'avait occupé le phlegmon iliaque; une petite tumeur se manifeste sur la cicatrise qui s'enflamme et s'ouvre spontanément pour donner issue à un peu de pus et à des vers intestinaux. Nous en avons cité un exemple. D'autres fois des tiraillements, déterminés dans la cicatrice par une nouvelle grossesse, l'enflamment et la font promptement tomber en fonte. Nous en avons aussi cité un cas. Enfin, il est quelquefois arrivé que toute la portion de peau recouvrant le phlegmon iliaque, et cela dans une étendue considérable, s'est sphacélée et a donné lieu à une plaie d'une étendue considérable. Nous en avons cité un cas. Nous traiterons plus loin de la terminaison des tumeurs iliaques par suppuration.

Les femmes atteintes de phlegmons iliaques présentent, en général, un appareil fébrile plus ou moins intense, bien que, dans certains cas, il manque complétement; ce qui arrive lorsque la tumeur commence sourdement et est peu douloureuse, et quand elle débute à une époque éloignée de l'accouchement.

Généralement la sécrétion laiteuse est diminuée, mais elle se supprime rarement; cependant nous en avons cité un cas, où les anciens n'auraient pas manqué d'admettre une métastase laiteuse. Plusieurs fois nous avons vu les lochies persister; plus souvent elles ont offert de l'altération sous le rapport de leur quantité et de leur qualité.

Les symptômes, que nous venons d'énumérer, varient beaucoup suivant l'intensité de la maladie, la rapidité de sa marche, la susceptibilité individuelle, etc. Quant à la tumeur elle-même, on y observe des changements variables suivant son mode de terminaison.

La marche de la maladie est presque toujours rapide dans les premiers temps, puis elle peut rester stationnaire plus ou moins longtemps; généralement, plus elle est rapprochée du travail de l'accouchement, plus elle est rapide, et *vice versâ*. Cette marche, du reste, varie beaucoup selon la terminaison de la maladie.

Par suite, aussi, de la grande différence des terminaisons, la durée de la maladie est fort variable. On peut dire, néanmoins, d'une manière générale, qu'elle est assez longue. Les cas où cette affection se ter-

mine par résolution, sont ceux dont la durée est la plus courte, et cependant les femmes ne sont pas parfaitement rétablies avant deux ou trois semaines. La perforation de l'abcès et le passage du pus dans le péritoine abrégent la maladie, en produisant une péritonite promptement mortelle. Dans tous les autres cas, il faut un ou plusieurs mois pour que la maladie soit totalement terminée.

Les phlegmons du bassin peuvent offrir presque toutes les formes de terminaison qu'on observe pour les tumeurs phlegmoneuses des autres régions du corps ; ainsi ils peuvent se terminer par résolution, par suppuration, par gangrène et par induration.

La résolution est la terminaison la plus heureuse des phlegmons iliaques, mais aussi dit Grisolles, c'est la plus rare. Si nous en jugeons par les faits que nous avons recueillis, cette terminaison serait bien moins rare qu'il ne dit. Cette terminaison s'opère lentement, ce qui dépend probablement du peu de vascularité du tissu cellulaire qui remplit les fosses iliaques. L'extension de cette phlegmasie d'un côté à l'autre est excessivement rare ; mais ce qui ne l'est pas autant, c'est de voir, au moment de la résolution de la tumeur iliaque, se développer, dans une autre partie du corps, une tumeur de même nature ; nous avons cité un cas où une amygdalite, un autre cas où des phlegmons du membre inférieur ont succédé à ceux du bassin.

La suppuration a toujours été considérée comme la terminaison la plus fréquente de cette inflammation phlegmoneuse : « On peut dire, avance Grisolles (1), qu'elle est presque inévitable pour les engorgements consécutifs aux couches, puisque sur dix-sept femmes, elle a eu lieu chez seize d'entre elles. » Les faits que nous avons recueillis, sont encore loin de se prêter à cette manière de voir ; nous avons vu cette maladie se terminer aussi fréquemment par résolution que par suppuration, ce qui peut dépendre de bien des circonstances, tels que le séjour des malades à domicile ou dans les hôpitaux, l'époque de la maladie où le traitement fut commencé, la cause de l'affection, le tempérament du sujet, l'espèce de traitement employée, etc.

(1) Page 157.

Le temps nécessaire à la formation du pus varie. On a observé cette suppuration au huitième jour, mais plus souvent elle n'a lieu, terme moyen, que du vingtième au vingt-sixième jour ; il est arrivé de ne la voir survenir qu'au soixantième jour à dater des premiers accidents. Cette lenteur dépend de l'organisation du tissu cellulaire des fosses iliaques qui, étant lamelleux, peu vasculaire et contenant peu de vésicules graisseuses, entre en suppuration plus lentement que le tissu cellulaire des membres, etc.

Les symptômes, qui indiquent la formation du pus, sont locaux ou généraux. Ceux-ci ont une grande valeur, car ils peuvent souvent à eux seuls faire établir un diagnostic certain ; il n'est pas rare, en effet, de voir des abcès phlegmoneux, profondément cachés dans les fosses iliaques, ne se révéler par aucun phénomène extérieur local.

Les symptômes, qui marquent la présence du pus, varient suivant la marche plus ou moins aiguë de l'affection. Si cette marche est rapide, on observe une exaspération momentanée dans les symptômes généraux, et surtout dans les phénomènes locaux ; les douleurs redoublent, la fièvre se réveille, la tumeur semble devenir plus volumineuse et les phénomènes de compression, indiqués plus haut, augmentent ou se manifestent pour la première fois. Lorsque la maladie suit, au contraire, une marche lente, lorsque le phlegmon est survenu presque sans douleur et sans éveiller nulle part de sympathie, on n'observe pas d'exacerbation. Lorsque ces phlegmons résultent d'une perforation, les symptômes généraux sont très-violents dès le début ; la fièvre s'allume, le pouls est très-fréquent, ordinairement petit et serré ; il y a souvent des frissons, froid des extrémités, suivis ensuite d'une chaleur élevée ; l'anxiété est grande ; les douleurs causent de l'insomnie ; les traits sont altérés ; on observe quelquefois des vomissements bilieux, des vomiturition, une soif vive, une constipation, qu'il n'est pas cependant difficile de vaincre dans la plupart des cas.

Mais avec quelque rapidité que le pus se soit formé, dès qu'il est réuni en foyer, il donne lieu à divers accidents, tels que frissons irréguliers, fièvre avec redoublement le soir, sueurs générales quelquefois considéra-

bles, ayant surtout lieu la nuit pendant le sommeil; bientôt il se manifeste des symptômes d'hétisie, la malade maigrit rapidement, tousse et expectore des crachats épais; dans plusieurs des cas que nous avons rapportés, l'on aurait pu croire à l'existence d'une phthisie pulmonaire, si l'auscultation et la percussion de la poitrine n'étaient venues nous rassurer à cet égard. Ces divers phénomènes morbides sont le signe certain que du pus est déjà formé dans la tumeur.

Les phénomènes locaux sont : la fluctuation dans un point circonscrit d'abord et devenant bientôt sensible sur toute la surface de la tumeur; mais pour que ce phénomène existe, il ne suffit pas qu'il y ait beaucoup de pus amassé, il faut que ce liquide ne soit pas profondément placé. Bourienne (1) cite deux cas d'abcès iliaques contenant, l'une quinze gros de pus, l'autre une livre, sans que l'examen attentif et plusieurs fois répété eut fait percevoir la fluctuation. Dans ces cas obscurs, le palper fait quelquefois percevoir une sorte de vomissement, de la mollesse, de l'empâtement, de l'œdème plus ou moins superficiel, qui doivent avertir le praticien que du pus existe plus ou moins profondément. Quant au relief de la tumeur elle-même, deux choses peuvent avoir lieu : tantôt la suppuration tendant à se faire jour à la surface de la peau, la tumeur proémine de plus en plus, elle fait corps avec les parois abdominales dont la peau rougit; ces parois sont peu à peu usées et perforées sur une saillie en pointe qui se forme sur l'une des parties de la tumeur : quelquefois même on voit la peau s'amincir en divers endroits, et des saillies se former sur plusieurs points de la tumeur; Valleix (2) en cite un cas.

Si, au contraire, le pus prend une direction opposée, on voit la tumeur s'affaisser et disparaître même, du jour au lendemain, soit parce que le liquide a fusé vers le bassin, soit parce qu'il a gagné la région lombaire, en décollant souvent dans toute son étendue la portion correspondante du colon. On l'a vu même se répandre plus loin. Vigla (3) a cité l'observation d'une jeune femme affectée d'un phlegmon iliaque, chez laquelle M. Vel-

(1) *Journ. de méd.*, tome XLIII, *Obs.* 1 et 2. — (2) Ouvrage cité, page 557. — (3) *Soc. d'anat.*, 12e année, 7e bulletin.

peau crut sentir une fluctuation profonde, mais trop obscure encore pour qu'il y eut indication d'agir. Six jours se passèrent sans changement notable; et après cette époque ce chirurgien ne retrouva plus l'engorgement, aucune fluctuation ne l'avait remplacée; mais un examen attentif des parties voisines fit découvrir de l'œdème au niveau du grand trochanter. Des incisions faites à ce niveau donnèrent issue à un pus fétide.

Dans un certain nombre de cas, les signes locaux de la suppuration se font remarquer à la fois du côté de l'hypogastre et du vagin. En portant le doigt dans ce conduit, on sent parfois une fluctuation plus ou moins manifeste, quelquefois même une saillie fluctuante qui descend jusqu'au milieu du vagin. D'autres fois la tumeur, au lieu de conserver son volume en devenant fluctuante, s'affaisse plus ou moins promptement, et alors encore on peut sentir, dans quelques cas, la fluctuation dans le vagin. L'on voit par là combien il est important de pratiquer le toucher vaginal dans tous les cas de tumeur inflammatoire du bassin. Le toucher rectal peut aussi être très-utile soit pour déterminer le siége et l'étendue de la maladie, soit pour en faire reconnaître la fluctuation, sa tendance à perforer le rectum, etc. Dans certaines circonstances la maladie semble vouloir se terminer par résolution; mais la tumeur ne se dissipe qu'imparfaitement : elle est encore dure, un peu douloureuse, reste ainsi pendant un temps très-long, et finit ensuite par disparaître rapidement. En voici un exemple rapporté par Valleix (1) : « Une malade récemment accouchée avait présenté tous les symptômes d'une phlegmasie de la fosse iliaque; au bout de quelques semaines la douleur se calma un peu, la tumeur diminua et durcit beaucoup, sans avoir présenté de fluctuation. La malade resta ainsi plus de trois mois, ne pouvant pas se lever, parce que les mouvements du membre inférieur causaient de la douleur dans le point malade. Au bout de ce temps, je constatai, du jour au lendemain, une diminution de plus d'un tiers dans le volume de la tumeur, et en même temps l'écoulement d'un pus blanc, épais, bien lié, par le vagin, dont les parois étaient rouges et granulées. L'exploration la plus attentive ne put néanmoins faire décou-

(1) Ouvrage cité, page 558.

vrir dans ce conduit, ni tumeur fluctuante, ni pertuis; mais tout porte à croire qu'il existait une petite ouverture par laquelle s'écoulait le pus; car à dater de ce moment, la tumeur alla rapidement en diminuant, et la malade fut promptement guérie d'une affection qui durait depuis près de cinq mois. Il n'y avait eu aucun signe local de suppuration, pas même l'empâtement des téguments. »

Quand une tumeur iliaque a suppuré, l'abcès se termine de diverses manières, qui toutes ont la plus grande importance. « Une fois la suppuration établie, dit Grisolles (1), il faut, pour que la guérison survienne, que le liquide soit expulsé au dehors par les seules forces de la nature ou par les secours de l'art, car on ne peut guère espérer la résorption. Cependant, quelque rare que soit cette terminaison, elle ne me paraît pas tout à fait impossible. Le pus, emprisonné au milieu des fosses iliaques, se fraye une route à l'extérieur, tantôt à travers les parois abdominales, d'autres fois après avoir perforé les parois du vagin, de la matrice, de la vessie, d'une partie de l'intestin, il est rejeté au dehors par les ouvertures naturelles de ces diverses parties; d'autres fois le pus fuse dans le tissu cellulaire du petit bassin et vient se montrer à la marge de l'anus, ou à la cuisse. Quelquefois le pus se fraye une route double à la peau, ou à la peau et dans l'une au l'autre des parties précitées. »

Il faut que le pus d'un abcès iliaque se porte en avant, à cause de la résistance qu'il éprouve en arrière; qu'il use la paroi abdominale antérieure, ou qu'il se fraye une route par une des ouvertures naturelles qui existent à la partie inférieure du ventre. Dance (2) cite un exemple du passage d'un abcès iliaque à travers l'arcade crurale; Corbin (3) a vu également dans les salles de M. Sanson un foyer purulent qui s'était étendu à la cuisse en suivant le trajet des vaisseaux iliaques; je pense qu'il n'existe pas, jusqu'à ce jour, d'exemple de phlegmon iliaque qui soit arrivé à l'extérieur à travers l'anneau inguinal; la disposition des parties rend cette terminaison excessivement rare et difficile. D'ailleurs lorsque ces

(1) Ouvrage cité, page 142. — (2) *Répert. d'anat. et de phys.* de Breschet, page 98. — (3) Ouvr. cité, obs. première.

abcès fusent jusque dans la partie supérieure de la cuisse, ils y sont situés à une profondeur variable, suivant le point précis qu'ils occupaient dans la fosse iliaque. C'est ainsi que s'ils se développent exclusivement dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, le pus en gagnant la cuisse se placera en dedans et en avant des vaisseaux fémoraux, sans altérer la structure des muscles psoas et iliaques ; tandis que si l'abcès s'est développé aux dépens du tissu cellulaire sous-aponévrotique, il arrivera à la cuisse jusqu'au petit trochanter enfermé dans la gaîne fibreuse du *fascia iliaca*, et après avoir altéré, ramolli ou détruit les fibres des muscles psoas et iliaques.

Dans les deux tiers des cas à peu près, le pus contenu dans la fosse iliaque tend à s'échapper par un point de la paroi abdominale assez rapproché du ligament de Fallope ou de l'épine iliaque antérieure et supérieure ; alors la tumeur devient de plus en plus saillante, la fluctuation est chaque jour plus évidente, la peau s'empâte, rougit, s'amincit, et si une incision ne donne pas issue au pus, il se forme une ou plusieurs ouvertures spontanées par lesquelles l'abcès se vide. Mais le pus ne suit pas toujours ce trajet ; quelquefois décollant le péritoine, il fuse plus ou moins loin dans la région lombaire. Menière (1) a vu l'abcès apparaître en arrière de la crête iliaque, un peu en dehors de l'insertion du muscle carré lombaire.

Il n'est pas rare de voir le pus, primitivement circonscrit dans l'une des fosses iliaques, se porter ensuite plus ou moins loin du siége primitif du mal. La saillie considérable formée par les muscles psoas s'oppose à ce que l'abcès parvienne dans la cavité pelvienne ; cependant la chose peut arriver, et elle doit être moins commune à droite qu'à gauche ; de ce côté, en effet, on trouve l's du colon, ou plutôt son repli mésentérique qui, croisant la direction des psoas pour plonger dans le bassin, peut permettre assez facilement au pus accumulé dans la fosse iliaque gauche de fuser entre ses deux lames et d'aller se mettre en contact avec les parois du rectum.

(1) *Arch. gén. de méd.*, 1827, obs. 14.

D'autres fois la suppuration chemine plus loin encore; elle passe d'une fosse iliaque à l'autre, sans qu'on puisse expliquer ces migrations par la position des malades ou par aucune disposition particulière. Bérard, jeune (1), rapporte le cas suivant : « Une femme ayant succombé à un abcès iliaque survenu à la suite d'une couche, présenta à l'autopsie les désordres suivants : un vaste abcès existait à la partie postérieure et supérieure du flanc gauche, entre le colon et la paroi abdominale; il s'était propagé dans l'hypogastre en passant entre la fosse iliaque et l'intestin, toujours en dehors du péritoine. Une induration du tissu cellulaire du bassin lui avait fermé l'accès de cette cavité au devant de la vessie; mais le pus s'était frayé un passage vers la fosse iliaque droite, en décollant le péritoine dans la région hypogastrique, il avait remonté de là sur le côté de la ligne médiane presque au niveau de l'ombilic; là il s'était fait jour au-dessous de la peau, avait décollé cette membrane dans tout le pourtour de la cicatrice au niveau de laquelle la peau avait conservé son adhérence aux tissus subjacents. On voit que le trajet de cet abcès décrivait une courbe à concavité supérieure, et qu'il s'élevait dans le flanc droit à une hauteur égale à celle qu'il avait atteinte dans la partie postérieure du flanc gauche. »

La quantité de pus renfermée dans les abcès iliaques varie depuis quelques onces jusqu'à plusieurs livres. Ses propriétés physiques ne sont pas toujours les mêmes. Dance a fait remarquer que, dans quelques cas, la suppuration qui résulte des abcès profonds des parois abdominales répand une odeur extrêmement fétide, analogue quelquefois à celle des matières fécales, de manière à faire croire à une perforation intestinale. « On pourrait penser, dit Grisolles (2), qu'il en est de même pour les abcès des fosses iliaques; il semble même que le pus devrait contracter d'autant plus facilement l'odeur stercorale qu'il est toujours très-rapproché de l'intestin, et le plus souvent même en contact immédiat avec ses parois. Mais l'examen des faits ne confirme nullement cette opinion. » Nous avons cité deux cas où cette odeur fut caractéristique.

(1) *Soc. anat.*, 1834, 7e bulletin. — (2) Ouvrage cité, page 145.

Lorsque l'abcès, avant de s'ouvrir à la surface de la peau, s'est déjà en partie vidé dans le tube digestif, le pus présente d'autres caractères; ainsi, sur quatre cas, trois fois le pus était séreux, grisâtre, mêlé à des gaz et très-fétide. Lorsque les abcès stercoraux et gangréneux du pourtour du cœcum ou d'autres parties se font jour à l'extérieur, le pus qui s'en échappe, d'une odeur fétide, est mêlé à des gaz, à des matières fécales, à des corps étrangers venant de l'intestin. Enfin, la suppuration entraîne quelquefois avec elle des lambeaux de muscle ou de tissu cellulaire mortifié.

Les abcès des fosses iliaques s'ouvrent fréquemment dans le gros intestin; il est à remarquer, dit Grisolles, que cette issue est plus facile à droite qu'à gauche, parce que là le pus est généralement en contact avec la face postérieure du cœcum et du colon ascendant, portions qui, dépourvues de péritoine, n'opposent qu'une faible résistance. Dans les cas où le pus fuse dans la cavité pelvienne, l'évacuation peut s'effectuer par suite de la perforation du rectum. Dans ce mode de terminaison on n'observe tantôt qu'une seule perforation, assez exactement arrondie, dont le diamètre varie de deux à six lignes; d'autres fois il y a plusieurs ouvertures rapprochées les unes des autres. Menière (1) en cite un exemple. Ces perforations sont quelquefois garnies à leur pourtour, soit en dedans, soit en dehors de l'intestin, de bourrelets saillants qui peuvent, suivant leur disposition, gêner ou favoriser l'écoulement du pus dans l'intérieur du canal digestif. Quelquefois la communication entre le foyer purulent et l'intestin s'opère au moyen de l'appendice vermiforme du cœcum, ordinairement alors frappé de gangrène.

L'époque à laquelle se fait la perforation intestinale varie beaucoup ; on l'observe au treizième, quinzième, vingtième, vingt-septième jour, deux et trois mois à dater du début de la maladie. Lorsque l'ouverture est petite et que le pus ne s'écoule que lentement et en petite quantité à la fois, la tumeur change peu de volume, et l'examen attentif des matières fécales ne peut faire reconnaître aucun globule purulent; alors il n'est pas facile

(1) Ouvrage cité, obs. XVII.

de préciser le moment où l'abcès communique avec l'intestin, mais il n'en est plus de même lorsque le pus fait tout à coup irruption dans le tube digestif : dans ce cas, la tumeur s'affaisse et disparaît même tout à fait, comme si elle se fut vidée à l'extérieur; bientôt la malade, qui avait été jusque-là constipée, éprouve un violent besoin d'aller à la selle, et rend un ou plusieurs verres d'un pus blanchâtre, souvent inodore; mais si la perforation intestinale est consécutive à l'ouverture de l'abcès par la surface cutanée, cette nouvelle communication sera reconnue par l'issue des matières intestinales à travers la fistule cutanée. Dupuytren (1) en a cité un exemple. La malade, qui en fait le sujet, fut affectée d'un phlegmon iliaque à marche lente qui, au bout de trois mois, s'ouvrit spontanément à l'extérieur; du pus continua à s'écouler pendant deux ou trois mois, au bout desquels la malade trouva sur les pièces de l'appareil un pepin de raisin; bientôt des matières fécales s'échappèrent par la fistule; la guérison eut lieu nonobstant cette grave complication.

Plus d'une fois nous avons observé qu'une ouverture artificielle, pratiquée sur un vaste phlegmon iliaque, dont le kyste et les parties circonvoisines ont été excessivement et longtemps distendus, soit par le pus, soit par le pus et des gaz et ont ainsi perdu en partie leur contractilité de tissu, ne donne lieu d'abord qu'à un écoulement insignifiant de pus, à moins que cet écoulement ne soit favorisé par des pressions sur la tumeur; ce n'est qu'au deuxième pansement, lorsque les parois du foyer sont revenues sur elles-mêmes, que le pus sort en quantité plus ou moins considérable. La même chose peut avoir lieu lorsque ces abcès s'ouvrent dans les organes creux qui leur sont contigus, sans qu'il y ait, dans la faible quantité de pus qui sort d'abord, motif de supposer la petitesse de l'ouverture. Nous avons vu autre chose qui peut servir à expliquer certains phénomènes intérieurs accompagnant l'ouverture spontanée des phlegmons iliaques dans les viscères creux qui les entourent, c'est le dégagement presque instantané et considérable de gaz dans le foyer purulent; cette circonstance, qui rend le son tympanique, augmente considérablement le volume de l'abcès, déter-

(1) *Leçons orales*, tome III, page 344.

mine une distension excessive de ses parois, qui perdent par là une grande partie de leur élasticité; il en résulte qu'en ponctionnant une semblable tumeur, le gaz qu'elle contient s'échappe d'abord, les parois de l'abcès reviennent imparfaitement sur elles-mêmes, et le pus reste dans son foyer; ce n'est qu'au deuxième pansement, lorsque ces parois ont récupéré leur tonicité, qu'en levant l'appareil le pus est rejeté au dehors par suite de leur retraite. Nous en avons cité un exemple remarquable, dans lequel les gaz, qui s'échappèrent avec bruit, répandaient une odeur stercorale qui aurait pu faire croire à une perforation intestinale.

Chez les femmes, les abcès des fosses iliaques ou pelviens s'ouvrent assez souvent dans le vagin. Nous sommes porté à croire que les abcès pelviens, ceux qui se forment à la surface externe de l'utérus, dans son tissu sous-séreux, dans le tissu cellulaire assez abondant qui existe en dehors du col de la matrice, dans le tissu lamelleux des ligaments larges, se vident fréquemment par cette voie. Nous en avons cité un exemple. M. H. Bourdon (1) rapporte plusieurs faits dans lesquels l'abcès a été vidé par cette voie à l'aide de l'instrument tranchant. Mais à en juger par les faits qui se sont présentés à notre observation, les phlegmons iliaques ne prennent que rarement cette direction. Et lorsque la chose a lieu, ce sont surtout ceux du côté gauche qui affectent ce mode de terminaison. Cette prédilection s'explique si l'on se rappelle que les abcès de la fosse iliaque gauche pénètrent dans le bassin bien plus facilement que ceux qui se développent au voisinage du cœcum. Il est probable que c'est en fusant le long du rectum que le pus finit par aboutir au vagin; on conçoit aussi qu'il puisse y arriver en suivant les parois latérales de la vessie; lorsque le pus s'évacue par cette voie, les parties génitales sont subitement baignées par ce produit morbide dont la quantité varie beaucoup.

Ce mode de terminaison des abcès iliaques est quelquefois méconnu, soit parce qu'on néglige d'interroger les femmes sur les phénomènes qui peuvent se passer du côté des organes sexuels, soit aussi parce que souvent on considère comme une simple leuchorrée l'écoulement purulent symptô-

(1) *Recherches médec. : Sur les tumeurs fluct. du petit bassin*, 1841.

matique d'une perforation du vagin. Ajoutez enfin que beaucoup de ces femmes étant affectées depuis longtemps de fleurs blanches, on ne considère l'augmentation de l'écoulement que comme une aggravation de la maladie primitive. Il est facile pourtant, même dans ce dernier cas, d'éviter l'erreur, si on fait attention que l'écoulement a été tout à coup plus abondant, que ses propriétés physiques ont changé, qu'il est devenu tout à fait purulent, et qu'il a été suivi tout aussitôt de l'affaissement de la tumeur iliaque, ainsi que de la diminution ou de la cessation complète des phénomènes de compression. Au moyen du toucher et du spéculum on parvient quelquefois à découvrir le point précis de ce canal où aboutit le trajet fistuleux. Plus souvent on ne parvient pas à le découvrir, soit que consistant en un petit pertuis il se cache facilement au fond de ces rides membraneuses que le vagin présente à sa surface, soit enfin parce que la perforation s'opère à travers l'utérus dans un point que l'instrument ne laisse que peu ou point apercevoir.

L'abcès peut aussi se vider à travers les parois utérines ; cette terminaison doit être rare dans les cas d'abcès qui ne se sont pas formés dans son tissu ou à sa surface externe, car le tissu de l'utérus oppose une résistance puissante à cette voie. Dance (1) en a cependant rapporté un cas que voici : « C'est cette femme qui, affectée, après un premier accouchement, d'un abcès dans la fosse iliaque gauche, rendit beaucoup de pus par le vagin et finit par succomber à l'abondance et à la persistance de la suppuration, sans qu'on eut pu, pendant la vie, reconnaître quel était le siége de la perforation. L'autopsie fit voir qu'elle n'existait pas dans les parois du vagin; on la rencontrait à cinq lignes au-dessus de l'extrémité inférieure du col utérin; on voyait en ce point une ouverture arrondie, noirâtre, de trois lignes de diamètre. dans laquelle on fit aisément pénétrer une sonde qui, après quelques détours, arriva jusque dans le foyer purulent. »

L'abcès iliaque s'est quelquefois ouvert dans la vessie. Dance, Menière en citent des exemples; le docteur H.-J. Jhonson (2), cite le cas d'un indi-

(1) Ouvrage cité, *Observ.* 14. — (2) *The médico. chirur. Review*, dernier cahier trimestriel de 836, traduit dans la *Gazette méd.*, tome V, page 125.

vidu qui, obligé d'uriner toutes les demi-heures, éprouvait en même temps de vives douleurs dans la vessie et au bout du pénis, douleurs qui se prolongeaient quelques instants après l'émission de la dernière goutte d'urine; ce liquide était parfois sanguinolent, et la pression pubienne était douloureuse. Enfin, l'urine, traitée par la chaleur et les réactifs chimiques, a fourni quelques flocons albumineux. A l'autopsie on constata que les reins n'étaient pas malades. Au premier coup d'œil la vessie paraissait saine, la muqueuse n'était ni enflammée ni épaissie; mais on voyait à la partie moyenne de la paroi antérieure du viscère une petite ouverture ronde, ayant à peine le diamètre d'un pois, communiquant par un trajet sinueux formé entre l'insertion des muscles au pubis. Ce trajet s'avançait vers le côté droit entre les muscles et le péritoine, arrivait dans la fosse iliaque où il s'ouvrait dans un abcès qui communiquait aussi avec l'intérieur du cœcum. Dance et Menière ont cité deux cas semblables, où les abcès s'ouvraient en même temps dans divers endroits; et il ne paraît pas que la présence du pus dans la vessie ait déterminé des symptômes particuliers.

Quelle que soit la partie où s'ouvrent les abcès iliaques, ceux-ci s'affaissent, et les symptômes qui résultent de leur compression disparaissent assez vite; il en résulte un soulagement général même dans les cas où l'issue doit être funeste. Une diarrhée plus ou moins abondante, avec coliques, quelquefois ténesme, prouve qu'en pareil cas le passage du pus dans le canal intestinal a produit une entérite d'une certaine intensité. Il est des malades chez qui la guérison est, ensuite de l'ouverture du foyer purulent, entravée de plusieurs manières; tantôt par la cessation prématurée de l'écoulement du pus occasionnée soit par l'occlusion ou l'insuffisance de l'ouverture extérieure du foyer; alors on voit de nouveau la fièvre s'allumer, la région iliaque devenir le siége de gonflement et de vives douleurs; ces accidents persistent jusqu'à ce qu'on ait évacué le pus par une nouvelle incision, ou que la nature s'en soit spontanément débarrassée à l'aide d'une nouvelle perforation. Quelquefois les parois du foyer s'enflamment, les bords de la plaie deviennent érysipélateux, les malades ont une fièvre violente, quelquefois même du délire; un traitement antiphlogistique

conjure ces accidents. Quelquefois le trajet fistuleux se remplit de chairs fongueuses et blafardes, la suppuration est ichoreuse, la fièvre s'allume; alors l'usage de lotions détersives, quelques toniques à l'intérieur, et des pansements souvent renouvelés font bon effet.

Après l'évacuation du pus, les malades ne guérissent pas tous également vite; il en est chez qui la guérison a lieu le neuvième jour, d'autres où elle n'arrive qu'après plusieurs mois, quelquefois au quinzième jour et plus. Il faut rapporter cette prolongation de la suppuration tantôt à la grande étendue du trajet fistuleux, tantôt à la déclivité du foyer, tantôt à la gangrène de la peau qui le recouvre, tantôt enfin à divers accidents qui viennent entraver la marche de la maladie.

Cette persistance de la suppuration n'a pas seulement pour effet d'affaiblir les malades, mais il est à craindre de voir quelquefois une hernie s'opérer à travers le trajet fistuleux. M. Blandin (1) cite l'observation d'un individu qui mourut à l'hôpital Baujon affecté d'une hernie du cœcum à travers une fistule des parois abdominales.

La suppuration laisse après elle, généralement (car j'ai vu plusieurs exceptions) de petits noyaux d'induration qui se résolvent à la longue et qui peuvent même persister pendant plusieurs mois, sans occasionner la moindre douleur ni la plus petite incommodité. Ces engorgements consécutifs occupent tantôt le tissu cellulaire, tantôt le chapelet de ganglions qui accompagne l'artère iliaque externe.

Quelle que soit la voie par laquelle la suppuration s'est formé une issue au dehors, si elle continue à se faire au delà de certaines limites, les malades sont bientôt épuisées. On les voit maigrir, perdre de leur force, la fièvre s'allume avec des redoublements nocturnes, la langue se sèche, l'appétit se perd; enfin des sueurs abondantes, un dévoiement fort opiniâtre, viennent ajouter à la faiblesse et accélérer le moment de la mort. Nous avons quelquefois vu la manifestation de tous ces symptômes bien avant que l'abcès ne soit ouvert, et, quelques jours après l'ouverture du foyer purulent, il se déclarait un

(1) *Anat. chir.*, 2e édition, page 323.

mieux évident qui caractérisait la diminution successive des symptômes d'hétisie.

La moitié des malades qui succombent aux suites d'un abcès iliaque meurent dans le dernier degré de marasme, épuisées par l'abondance, la persistance et la viciation de la suppuration. Cette mort par consomption a lieu dans l'intervalle de deux à six mois à dater du début de la maladie, et de un à trois mois après l'ouverture de l'abcès. Cette terminaison a lieu quelque soit le point par lequel le pus s'est évacué. Dance a considéré comme favorable la communication du foyer avec le gros intestin; d'autres auteurs, Grisolles, Blandin (1) en citent des exemples suivis de mort.

Bien que dans les abcès iliaques, après s'être vidés du pus qu'ils renfermaient, l'on voit généralement leurs parois revenir en contact soit par leur contratilité de tissu, soit par celles des parois abdominales, soit par la pression des organes environnants, cependant il n'en est pas toujours ainsi et Grisolles dit avoir appris de M. Jaquemier les deux faits suivants : chez deux malades, après avoir vidé les foyers purulents qui étaient la suite de couches, on ne voyait pas ceux-ci revenir sur eux-mêmes; ils restaient au contraire largement béants, ce dont on pouvait aisément se convaincre en introduisant le doigt dans les foyers. L'air par conséquent y pénétrait avec facilité : ces deux femmes succombèrent épuisées par la longueur et l'abondance de la suppuration.

Parmi les malades qui succombent aux suites des abcès iliaques, il en est au moins un sixième, dit Grisolles, qui est emporté par la péritonite. Dance et Bourienne en citent des exemples. La péritonite succède quelquefois à une époque éloignée du début de la maladie; elle est occasionnée généralement alors par la rupture de l'abcès et l'épanchement consécutif du pus dans la cavité de la membrane séreuse ; alors il y a un affaissement brusque de la tumeur coïncidant avec le développement d'une péritonite suraiguë. En pareil cas, après avoir suivi toutes les périodes de l'abcès, et être arrivé à la suppuration, on voit apparaître tout à coup une douleur

(1) *Thesis ad Aggregationem*, 1827, et *Anat. chir.*, 2e édit. 1834, page 342.

excessive dans un point voisin de la tumeur ; cette douleur se propage rapidement à tout l'abdomen, et la malade présente les symptômes de la péritonite suraiguë. « Dans des cas rares, dit Valleix (1), on a vu la péritonite générale se produire sans perforation, par simple extension de l'inflammation au péritoine voisin du foyer purulent. » M. Terrochon (2) rapporte l'histoire d'une femme chez laquelle survint un abcès de la fosse iliaque gauche et du psoas du même côté. La malade était en proie à une fièvre continue avec des redoublements le soir; elle avait des sueurs et de la diarrhée; cependant, rien ne faisait encore entrevoir une terminaison promptement funeste, lorsque, un jour, cette malheureuse, en causant tranquillement avec une de ses voisines, fut prise d'un léger mouvement convulsif et expira aussi. A l'autopsie on constata un vaste épanchement purulent dans le flanc gauche sans trace de péritonite. Le pus épanché provenait d'un foyer considérable existant dans la fosse iliaque gauche, d'où il était sorti par une perforation de l'aponévrose iliaque de la largeur d'une pièce de trente sous.

Il est des malades qui meurent sans péritonite et avant que le pus se soit frayé une issue à l'extérieur. Ces individus alors succombent à l'intensité des désordres, à l'épuisement produit par une suppuration qui a envahi de grandes surfaces, ou qui par sa longue durée et l'intensité de ses effets sympathiques sur certains organes importants de l'économie, finit par épuiser les ressources de la nature. Lorsque ces abcès surviennent chez des individus déjà atteints de maladie grave, comme la phthisie et dans les abcès stercoraux gangréneux, l'épuisement et la prostration qui résultent de l'atteinte profonde portée au principe de la vie, précipitent le moment funeste.

« La gangrène, cette fâcheuse terminaison, ne s'observe guère, dit Grisolles, que dans les phlegmons consécutifs à la mortification du cœcum ou de son appendice, et à l'épanchement des matières stercorales dans le tissu cellulaire voisin. Je ne crois pas, dit-il, qu'on ait jamais observé la gangrène dans les phlegmons d'origine spontanée et qui se développe dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Si, au contraire, l'engorgement inflammatoire,

(1) Ouvrage cité, page 559. — (2) *Soc. anat.*, 12e année, 7e bulletin, page 205.

quoique spontané, est subjacent au *fascia iliaca,* celui-ci pourra produire alors un véritable étranglement des parties phlogosées, et il sera assez commun de voir dans ces abcès aponévrotiques, les fibres du muscle noirâtres, ramollies et exhalant une odeur fétide. Aucun symptôme ne peut faire diagnostiquer sûrement cette fâcheuse terminaison; mais lorsqu'on donne issue à la matière épanchée, celle-ci exhale une odeur fétide et entraîne avec elle des gaz, des fèces et des lambeaux de tissu cellulaire, de muscles et de tendons mortifiés. La mort est la suite presque inévitable de pareils désordres, bien qu'il y ait cependant des exemples de succès. » Nous en avons cité un où le phlegmon iliaque était bien spontané, où la gangrène a envahi le tissu aponévrotique et cellulaire iliaque en ménageant le péritoine; où elle a gagné la paroi abdominale correspondante dans une étendue considérable, et où, à la chute de l'eschare qui était arrondie, épaisse et large comme un placenta à terme, on voyait à nu, mais intactes, les fibres musculaires du muscle iliaque; si le péritoine, qui avait formé barrière au pus, eut été détruit, s'il n'eut pas acquis de la résistance en s'épaississant, et probablement par la formation de fausses membranes, il en serait résulté un épanchement de la matière purulente dans la cavité péritonéale et, comme il advient généralement, une péritonite mortelle. Eh bien! malgré cet épouvantable désordre, une suppuration abondante et de longue durée, l'issue de la maladie fut heureuse, mais il en est résulté une vaste cicatrice dont les tiraillements ont donné lieu, trois mois après la guérison, à un nouvel abcès iliaque, et qui, par la même cause, dans le cours de la grossesse suivante, s'est enflammée, ulcérée sans autre suite fâcheuse. Il est à remarquer que, chez cette femme, ni pendant l'existence de la plaie, ni pendant ses grossesses subséquentes, ni en aucune autre circonstance, bien qu'elle fut obligée de se livrer à des travaux pénibles il ne s'est manifesté aucune apparence de hernie. Certains malades ne furent pas aussi heureux; déjà nous avons vu que le professeur Blandin avait observé une hernie cœcale s'effectuer à travers un trajet fistuleux qui aboutissait à la peau. Grisolles (1) rapporte qu'en 1832 il a vu à l'Hôtel-Dieu un individu

(1) Ouvrage cité, page 160.

qui portait une éventration à deux ou trois travers de doigt au-dessus du ligament de Fallope du côté droit; elle avait lieu au niveau d'une cicatrice résultant d'une incision qui avait été faite plusieurs années auparavant pour évacuer une collection purulente formée probablement dans la fosse iliaque.

Quelquefois le phlegmon des fosses iliaques est suivi d'un engorgement œdémateux du membre inférieur correspondant, qui peut persister indéfiniment; l'auteur précité (1) en cite un exemple.

Les lésions qu'on rencontre à l'autopsie des sujets qui succombent aux suites des abcès iliaques, soit que ceux-ci siégent dans la fosse de ce nom, soit dans les ligaments larges, soit entre l'utérus et la vessie, varient suivant le mode de terminaison de la maladie, ses complications et l'époque à laquelle la mort a eu lieu. Celle-ci arrive par épuisement, l'abcès occupe alors un grand espace. Le péritoine qui l'entoure présente communément une couleur noirâtre résultant de l'imbibition du fluide que contient le foyer. Celui-ci commençant inférieurement plus ou moins près de l'arcade crurale se prolonge en haut jusqu'au voisinage des reins ou des dernières fausses côtes; quelquefois c'est de la cavité pelvienne qu'il s'étend ainsi jusqu'à un endroit plus ou moins élevé de la cavité abdominale; ses parois sont noirâtres, irrégulières, tomenteuses dans quelques points, lisses, polies dans d'autres où l'on constate aisément l'existence d'une membrane pseudo-muqueuse. Les parois de ces foyers sont formées par du tissu cellulaire plus ou moins épaissi, dont, quelquefois, des lambeaux sont gangrénés; alors le liquide qu'elles contiennent est brunâtre, fétide; cela s'observe surtout lors des perforations du cœcum. Dans quelques cas, la perforation s'étant faite du côté du péritoine, on voit un abcès résultant de l'accumulation du pus retenu dans un point de cette cavité par des fausses membranes promptement formées. Dans certains cas, on trouve les organes avoisinant l'abcès, et les vaisseaux et nerfs qui le traversent, dénudés, ramollis, gangrénés, et le liquide purulent tantôt blanc, tantôt brunâtre et plus ou moins sanieux.

(1) Page 161.

Lorsque la suppuration a duré longtemps, il est rare de voir le pus accumulé seulement dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, bien qu'il en existe des exemples. Dans ces cas, les muscles psoas, iliaque et carré lombaire, exempts d'altération, conservent leur couleur et leur consistance; mais ordinairement ces organes sont plus ou moins altérés, leurs fibres sont noirâtres, ramollies, en partie détruites, disséquées et infiltrées de pus. La lésion frappe surtout le muscle iliaque dans sa partie moyenne et supérieure; le psoas est d'autant plus altéré qu'on se rapproche davantage de son bord externe. Il est difficile de dire en quelle proportion exacte on observe ces graves lésions des muscles, car les auteurs en ont souvent négligé la description. La désorganisation généralement plus profonde dans les muscles iliaques doit éclairer sur le siége du mal et sur sa propagation. Toutefois, il serait impossible, le plus souvent, de déterminer par l'examen seul des parties si le phlegmon a d'abord envahi le tissu cellulaire sous-péritonéal ou le sous-aponévrotique. L'ordre dans lequel les symptômes se sont succédés, les causes de la maladie, peuvent plutôt fournir quelques données utiles pour la solution du problème. Au milieu de ce désordre des parties molles, il est quelquefois difficile de trouver même çà et là quelques vestiges du *fascia iliaca ;* cependant, dans la plupart des cas, ce feuillet fibreux existe, mais adhérent plus intimement que d'ordinaire au péritoine percé d'une ou plusieurs ouvertures qui ont de quelques lignes à plusieurs pouces d'étendue. Dans plus de la moitié des cas, on trouve des troncs ou des filets nerveux, destinés au membre inférieur, qui traversent le foyer purulent; ces cordons sont généralement d'un blanc mat, ramollis et friables; mais dans un tiers des cas, il ont paru exempts de toute altération. Il en est de même des vaisseaux iliaques. Ceux-ci ont quelquefois été vus au centre du foyer; leurs parois, baignées par le pus de toutes parts, étaient ramollies et friables, sans aucune lésion à l'intérieur, et n'avaient point cessé d'être perméable au sang. On a quelquefois trouvé induré le faisceau vasculaire iliaque. Les rapports de ces vaisseaux avec l'abcès expliquent les phénomènes de compression que nous avons signalés plus haut; et quoique la veine soit placée dans une position plus exceptionnelle que l'artère, elle est néanmoins plus souvent comprimée dans l'un et l'autre vaisseau. C'est

probablement aussi le passage des nerfs à travers ces foyers qui est cause de leur irritation, et de ces douleurs plus ou moins aiguës qui s'étendent vers la cuisse, la fesse, la hanche, etc.

Quand ces foyers communiquent avec le gros intestin, on ne voit pas, dit Dupuytren, les matières fécales pénétrer dans leur cavité. Cet épanchement ne s'observe guère que dans les abcès succédant à la gangrène du cœcum ou de son appendice. Ce célèbre chirurgien invoque trois raisons pour expliquer cette particularité; la première c'est que ces abcès se vident graduellement; la deuxième tient à l'obliquité de l'ouverture; et la troisième au décollement de l'intestin qui fait office de soupape.

Sans présenter de très-grandes difficultés, le diagnostic exige cependant une assez grande attention; car il est plusieurs maladies avec lesquelles l'abcès iliaque peut être confondu. Ainsi certaines tumeurs du foie, des reins, de l'ovaire; celles formées par des péritonites circonscrites; des pierres péritonéales fixées dans la fosse iliaque; l'ostéo-sarcome de la fosse iliaque; les tumeurs stercorales; une hernie, un anévrysme, un abcès par congestion, pourraient occasionner des méprises, qu'avec de l'attention et les recherches voulues, ainsi que par les considérations suivantes, on pourra toujours éviter, si pas dès l'origine, au moins à une époque peu avancée de la maladie.

La percussion et surtout la palpation, aidées des troubles fonctionnels, feront toujours facilement reconnaître que la tumeur est formée ou par le foie augmenté de volume, ou par un abcès de cet organe. Le mode de développement de cette maladie en aidera beaucoup la connaissance.

Pour distinguer un abcès du rein d'un abcès du tissu cellulaire du bassin, il ne faut pas seulement avoir égard à la position, car le rein peut être déplacé, mais on doit observer les troubles qui surviennent dans l'exécrétion urinaire, et les altérations de l'urine.

L'ovaire malade est encore un organe qui, se déplaçant, peut venir former une tumeur douloureuse et plus ou moins volumineuse dans la fosse iliaque et simuler un phlegmon de cette région. Mais, outre que la méprise n'aurait pas une influence sensible sur le traitement, c'est que l'on pourra préciser le diagnostic non-seulement parce que nous en avons

dit en traitant de l'oophorite, mais encore parce qu'il est possible d'imprimer à une tumeur de l'ovaire des mouvements en agissant sur l'utérus; c'est ici que le toucher vaginal et rectal pourra rendre de grands services. Enfin, lorsque la tumeur ovarique est composée de produits morbides divers, tels que squirrhe, encéphaloïde, kystes, cartilages, etc., la percussion donne des degrés de matité et de résistance variables suivant les points, et qui sont en rapport avec la diversité des tissus pathologiques qu'on y rencontre. Il y a, du reste, entre ces productions et le phlegmon iliaque puerpéral une si grande différence sous le rapport étiologique et symptomatique, etc., que ceux-ci seront toujours facilement distingués des autres.

Les tumeurs qui résultent de péritonite aiguë ou chronique circonscrite, et qui, par leur siége dans la région iliaque, pourraient simuler un abcès de cette région, seront toujours facilement reconnues; si on a égard aux symptômes et à leur ordre de succession. C'est ainsi que dans la péritonite, un frisson plus ou moins violent en marque le début; nous avons vu que ce symptôme était rare dans le phlegmon. La douleur de la péritonite est vive, pongitive, et diffère beaucoup, quant à son intensité et à sa nature, de celle que produit le phlegmon; à la première, du reste, se joignent souvent des vomissements, des nausées, des hoquets, une fièvre plus ou moins intense. Enfin, dans les cas où une tumeur se dessine, elle n'offre jamais cette élasticité, cette résistance, cette dureté qu'on rencontre dans le phlegmon; au contraire, la tuméfaction péritonéale présente, dès les premiers moments de son apparition, une mollesse remarquable, et parfois même une véritable fluctuation. La tumeur résultat de la péritonite circonscrite, varie d'un moment à l'autre, quant au résultat de la percussion; car, suivant le degré de l'épanchement et surtout suivant la quantité de gaz qui y est emprisonné ou qui l'est dans les intestins correspondants, elle est tantôt plus, tantôt moins sonore. « Chez deux malades atteintes de péritonite chronique, dit Grisolles (1), j'ai vu des anses intestinales agglomérées entre elles et unies par de fausses membranes épaisses, former vers

(1) Ouvrage cité, page 295.

le pus, profondément placé et recouvert par une couche indurée plus ou moins épaisse, ne peut fournir le phénomène de la fluctuation. Ajoutez à cela que le liquide morbide étant peu abondant ne détermine pas de phénomènes généraux, ou n'en produit que de très-obscurs. Pour éviter l'erreur, il faut examiner tous les jours l'urine et les matières fécales, et s'enquérir auprès des femmes de l'abondance et de la couleur des écoulements qui peuvent se faire par les parties sexuelles.

« J'ai vu, dit Grisolles, un malade dont le phlegmon iliaque s'est terminé exclusivement par résolution, et chez lequel dans l'espace de vingt-quatre heures, la tumeur diminua spontanément de plus de moitié par les seules forces de l'absorption interstitielle. » Nous avons cité un cas qui nous a paru du plus grand intérêt à raison de la période avancée de la suppuration ; ici les selles, les urines et les écoulements vaginaux n'ont rien offert de purulent, et la diminution de la tumeur s'est opérée graduellement, lentement, jusqu'à guérison complète.

Peut-on distinguer pendant la vie un abcès borné à la fosse iliaque interne d'une suppuration occupant le muscle psoas (*psoïtis*)? Pour établir ce diagnostic différentiel, on aura surtout égard au siége de la douleur et aux caractères de la tuméfaction. Tel est le tableau dressé par Valleix pour faire ressortir cette différence :

Phlegmon iliaque.	Psoïtis.
Douleur souvent vive et lancinante, exaspérée par la pression, siégeant dans la fosse iliaque.	Douleur sourde et profonde, n'occupant guère qu'un des côtés de la région iliaque, ou du moins y étant plus marquée que du côté opposé. Souvent les malades rapportent leurs souffrances dans les lombes. Communément on ne la voit pas s'exaspérer par la pression, mais elle augmente par la marche et les divers mouvements du tronc, qui n'est jamais dans l'attitude verticale, et se trouve plus ou moins fléchi sur les membres inférieures.
La marche et les divers mouvements du tronc n'augmentent la douleur que quand la tumeur est déjà très-avancée ; ce n'est non plus qu'alors que l'on observe de la difficulté à redresser le tronc et la cuisse.	Si on explore l'abdomen, on ne distingue aucune tumeur circonscrite dans la fosse iliaque, mais sur le côté le plus interne de cette région, on sent une résistance allongée, dont on ne peut pas toujours bien préciser le siége. Cette tuméfaction reste stationnaire pendant un temps plus
Tumeur circonscrite dans la fosse iliaque dont il est généralement facile de bien préciser le siége et de bien évaluer la forme, les dimensions et autres propriétés physiques.	
Mêmes phénomènes généraux. Tendance des abcès iliaques à devenir superficiels, au lieu de se prolonger inférieurement.	
Fluctuation plus prompte et plus évidente.	

Phlegmon iliaque.

Tumeur située au-dessus du ligament de Poupart.

Ces symptômes manquent assez souvent dans le phlegmon iliaque; et, quand ils existent, ils sont toujours bien moins prononcés.

Psoïtis.

ou moins long; bientôt elle s'accompagne de frissons irréguliers, de fièvre le soir, de sueurs abondantes, d'amaigrissement; enfin la tumeur, se prolongeant inférieurement, est mieux appréciée par le toucher. Il est commun alors d'y percevoir de la fluctuation. Il peut arriver même, que le pus s'engageant sous le *fascia iliaca* arrive en dehors du canal crural jusqu'au petit trochanter; on les a vus former tumeur au-dessus et au-dessous du ligament de Poupart qui, alors, le partage en deux parties.

La rétraction du membre abdominal correspondant, l'impossibilité de l'etendre complétement, les douleurs éprouvées dans l'abdomen, et dans les lombes, quand on essaie de lui imprimer ce mouvement, sont les symptômes presque constants de la suppuration du muscle psoas.

« Les abcès iliaques, quelle qu'en soit la cause, dit Grisolles (1), doivent être regardés comme une affection grave, et la prudence veut que, dans cette maladie, le praticien, à l'exemple de Deleurye, établisse toujours son prognostic plutôt douteux que certain.» Il appuie cette opinion sur ce que dans soixante-treize cas de ce genre, la mort a eu lieu vingt fois. Les phlegmons qui sont consécutifs à un accouchement, sont plus graves que ceux qui surviennent dans l'état de vacuité; ici la mortalité a été un peu moindre que le quart, là elle s'est élevée presque à la moitié. La gravité de cette affection est un peu moindre chez l'homme que chez la femme; là, la mortalité est un peu moins de un quart, ici elle s'est élevée jusqu'au tiers. Nos propres faits donnent des résultats bien différents de ceux de M. Grisolles, et nous portent, par conséquent, à admettre bien moins de gravité que lui dans les phlegmons du bassin, suite des couches. Sur trois cas, que nous avons recueillis pendant l'état de vacuité, dont deux chez l'homme et un chez la femme, sur quatorze faits recueillis pendant l'état puerpéral et consignés dans la partie clinique de ce chapitre, nous n'avons observé qu'un seul cas de mort, encore est-il survenu longtemps après

(1) Page 308.

que le phlegmon iliaque avait été guéri pour la première fois, et lorsqu'une complication (la maladie de Brigt) presque toujours mortelle, était venue se joindre à la première. Plusieurs des observations que nous avons recueillies, ont, à la vérité, compromis l'existence des sujets, mais cependant ils se sont terminés par le retour à la santé. Je dois donc conclure que les chiffres de mortalité donnés par Grisolles, sont exagérés. Du reste, il est bien des cas de tumeurs iliaques qui se terminent promptement par résolution, passent inaperçus et ne sont pas compris dans les relevés statistiques sur lesquels on cherche à établir le plus ou le moins de gravité du mal.

La gravité plus grande des phlegmons du bassin après les couches dépend de plusieurs causes : 1° de ce qu'ils occupent généralement un plus grand espace; 2° de ce qu'alors les phlegmasies ont une grande tendance à se terminer par suppuration; 3° de ce que celle-ci est plus abondante et plus opiniâtre; 4° de ce que l'état puerpéral est, pour ainsi dire, un état maladif, circonstance qui ajoute à la gravité de la maladie; 5° de ce qu'alors ils sont assez souvent dépendants d'une phlegmasie plus ou moins grave de la matrice ou du péritoine; 6° de ce que ces phlegmasies peuvent plus fréquemment les compliquer; 7° de ce que les fonctions puerpérales (sueurs, lochies, sécrétion laiteuse), soit que leur trouble soit effet ou cause, rendent ces tumeurs inflammatoires plus traîguës, plus rebelles, plus disposées à se terminer par suppuration, et, par conséquent, plus graves; 8° de ce que, enfin, le chiffre élevé de la fibrine, dans le sang des nouvelles accouchées, rend ce fluide phlogistique et apte, par conséquent, à favoriser le développement et l'intensité des inflammations qui peuvent se développer alors.

Les tumeurs inflammatoires produites par une perforation intestinale, sont les plus fâcheuses. Cette gravité s'explique par la gangrène qui les complique toujours, par les pertes de substance et la suppuration abondante qui en sont la suite inévitable, et, enfin, par la péritonite qui les accompagne quelquefois. Néanmoins, la terminaison par gangrène des abcès iliaques qui arrive quelquefois sans qu'il y ait perforation intestinale, quoique fort grave, n'est cependant pas toujours suivie de la mort.

Nous avons fait connaître un cas de genre qui s'est terminé par la guérison.

En général, le prognostic n'acquiert de gravité que lorsque le phlegmon a passé à l'état de suppuration. Il faut néanmoins se rappeler ces cas rares, où l'on voit la phlegmasie du tissu cellulaire s'étendre au péritoine avant que le pus soit formé ou lorsqu'il n'est encore qu'infiltré. D'ailleurs, quelle que soit la marche que la maladie ait suivie, du moment que l'on constate la présence du pus dans la fosse iliaque, on doit avoir présents à la mémoire les cas où le pus s'est fait jour dans le péritoine, et a déterminé une péritonite suraiguë promptement mortelle.

La voie par laquelle le pus arrive à l'extérieur influant sur la marche de la maladie, est une circonstance dont on doit tenir compte pour le prognostic, et sur la valeur de laquelle les auteurs qui se sont spécialement occupés de ce sujet, sont loin de s'entendre, et cela parce qu'ils tirent conclusion d'un trop petit nombre de faits. Ainsi on a pensé assez généralement que les abcès iliaques qui s'ouvrent à la surface de la peau se trouvent dans les conditions les plus défavorables, parce que le pus, placé dans un lieu déclive, doit s'écouler avec difficulté. On a, au contraire, signalé comme une circonstance favorable l'ouverture de l'abcès dans le gros intestin. « Cependant, dit Grisolles (1), sur quatorze individus où l'abcès s'est fait jour par la peau, deux seulement ont succombé, et sur dix, chez lesquels il s'est vidé exclusivement dans le gros intestin, deux également sont morts. La mortalité a été bien plus considérable lorsque l'abcès s'est vidé à la fois dans le gros intestin et à l'extérieur, puisque sur sept cas de ce genre, il en est quatre qui ont été suivis de mort. Tous ces faits portent donc à penser, dit-il, contrairement à l'opinion reçue jusqu'à ce jour, que l'ouverture des abcès iliaques dans le gros intestin doit être une circonstance fâcheuse et qui ajoute à la gravité de l'affection. » Dance, d'après les faits qu'il a recueillis, est d'avis que lorsque cette ouverture a lieu dans le rectum, elle est favorable; cette opinion est en rapport avec les faits que nous avons recueillis.

(1) Page 301.

« Lorsque le pus veut se frayer une issue à travers les parois abdominales antérieures, le foyer tend alors à se circonscrire sur un petit espace, et tous les efforts de la nature se portent de ce côté; l'art vient bientôt lui-même au secours du malade; une large incision est faite qui donne issue à la matière purulente, et prévient ainsi les désordres qu'elle aurait pu occasionner en se portant au loin. Mais si le pus se vide dans le cœcum ou le colon, l'ouverture qui se fait dans l'intestin, est toujours très-petite, l'écoulement du pus se fait lentement; placé d'ailleurs dans un tissu cellulaire lamelleux et très-lâche, il fuse au loin avec facilité, finit ordinairement par décoller le colon ascendant ou descendant dans toute sa longueur, et il est ordinaire de voir alors à l'autopsie le pus arriver presque au niveau des reins et du foie. L'étendue du foyer, l'abondance de la suppuration, expliquent donc pourquoi l'abcès qui s'ouvre du côté de l'intestin, semble plus grave que lorsqu'il se porte à la surface de la peau. Il est à remarquer, cependant, que si l'abcès qui pénètre dans le cœcum et le colon, est peu volumineux, s'il est bien circonscrit, et s'il ne décolle pas les parties voisines, il se trouvera dans des conditions plus favorables pour l'évacuation du pus que lorsqu'il aboutit à la paroi abdominale antérieure (Grisolles). »

De tous les modes d'évacuation du pus, le plus utile devrait être celui dans lequel le liquide se fraye une issue à travers le vagin, parce que, dans ce cas, l'ouverture est toujours pratiquée au-dessous du niveau du foyer. Cependant, sur six malades qui ont présenté à Dance ce mode de terminaison, une d'elles a succombé.

Nature des phlegmons du bassin, suites de couches.

Nous n'en sommes plus aux temps où, les théories humorales prédominant, l'on admettait pour expliquer la nature de ces affections, des métastases laiteuses. En parlant de la fonction mammaire nous nous sommes, dans plusieurs endroits de cet ouvrage, appesanti sur cette manière de voir de Puzos, Levret et autres, sur sa valeur et son peu d'importance.

Du temps de ces auteurs et de nos jours encore, l'on rencontre des

praticiens de mérite qui, attribuant à une pléthore humorale plusieurs des phénomènes pathologiques qui se manifestent après les couches, tels que les abcès du bassin, les épanchements séreux, etc., prétendent que, sous l'influence de cette pléthore, si une phlegmasie vient à se manifester sur une séreuse, bientôt on voit la cavité de cette membrane se remplir de liquide; que si l'inflammation se déclare dans une partie quelconque du tissu cellulaire, bientôt et par la même influence on la voit se terminer par suppuration. Ils appuient leur raisonnement :

1° Sur l'extinction des phénomènes pathologiques généraux; sur la concentration des efforts morbides vers un seul point, et leur extinction par l'évacuation du liquide contenu.

2° Sur la dépuration qui a lieu dans la masse des humeurs, et le bien être qui la suit.

3° Sur les bons résultats que l'on en obtient dans bien de cas de maladies puerpérales, ainsi que des purgatifs et des vésicatoires en suppuration.

4° Sur l'altération, sur le mauvais état de la santé, sur les maladies auxquelles les femmes sont exposées lorsque après leurs couches les lochies ne coulent pas assez ni assez longtemps, comme lorsqu'elles n'allaitent pas.

Ces théories humorales, dont les métastases laiteuses ne sont qu'une exagération, n'ont pour appui qu'un raisonnement hypothétique, trop souvent contraire aux faits et aux expériences, pour jouir de quelque valeur.

A. Nous disons contraire aux faits, parce que, lorsqu'il se manifeste une accumulation d'humeurs dans quelque partie du corps que ce soit pendant la période puerpérale, toujours cette accumulation est consécutive à un état particulier du sang ou des solides, généralement à une inflammation plus ou moins aiguë; jamais elle n'a lieu spontanément ou d'une manière idiopathique.

B. Nous disons contraire aux expériences, parce que celles qui ont été tentées, celles surtout qui ont été faites sans opinion préconçue, sans esprit de système, n'ont pas démontré chez les femmes en couches une augmentation ni de sang, ni des autres humeurs, mais bien une modifica-

tion dans les quantités proportionnelles des divers éléments du fluide sanguin. Cette modification consiste surtout en une augmentation du chiffre de la fibrine, comme l'indique le résumé des expériences chimiques que nous avons faites sur ce liquide pendant l'état physiologique des nouvelles accouchées. Rarement le chiffre des globules était élevé, généralement nous l'avons trouvé en dessous de sa moyenne physiologique prise en état de vacuité. Le chiffre de l'albumine, dans l'état puerpéral, s'est montré, en général, inférieur à celui qui constitue son minimum physiologique. Quant au sérum, il n'a offert qu'une augmentation insignifiante. Ce n'est pas une phléthore humorale qui existe chez les femmes en couches, comme on l'a cru et jugé plutôt par une apparence extérieure que par une analyse rigoureuse des faits; cette opinion fausse ne peut donc servir de base à une méthode thérapeutique qui consisterait à évacuer cet excès d'humeur, et qui porterait à faire abus des vomitifs, des purgatifs, des diurétiques, des diaphorétiques, des exutoires, etc. Cependant, il est juste de dire que si la théorie humorale des anciens était vicieuse, elle n'était pas toujours dénuée de quelque apparence de réalité qui porterait à faire croire qu'ils ont entrevu la possibilité de l'existence, dans les humeurs de la femme en couches, de la nature de quelques-unes de ses maladies, et, plus encore, l'influence de l'état humoral sur les caractères essentiels des affections de cette époque.

A mesure que nous avons déroulé le tableau des maladies puerpérales de la femme; à mesure que nous avançons dans cette étude pathologique, nous voyons les modifications élémentaires du sang avoir tantôt une influence prononcée sur la forme, la marche, la terminaison, la gravité et la thérapeutique de ces affections; tantôt constituer le caractère différentiel, vraiment pathognomonique de plusieurs d'entre elles qui se ressemblent plus ou moins par leur apparence pathogénique; tantôt, enfin, une altération du sang, consistant en une diminution plus ou moins considérable du chiffre de l'un ou plusieurs de ses principes constituants, a été la seule lésion pathologique à laquelle nous ayons pu rattacher les phénomènes morbides qu'il nous était donné d'observer, et sur laquelle nous ayons pu reposer la thérapeutique que

nous avons mise en usage. Nous bornerons là, pour le moment, la digression que nous venons de faire sur les idées humorales relatives à la nature des maladies puerpérales. Il nous a semblé que les abcès pelviens étaient de toutes les maladies de cette époque celles qui paraissaient se plier le mieux aux anciennes théories, et qui, par conséquent, nous autorisaient le plus à faire connaître notre opinion sur ces idées que, généralement, on rejette trop facilement et par suite d'examens trop superficiels et trop prévenus.

Les causes des phlegmons du bassin, tant prédisposantes qu'occasionnelles; les caractères anatomiques et symptomatiques de ces affections; les conditions anatomo-physiologiques au milieu desquelles elles prennent naissance; l'état phlogistique du sang pendant cette époque, tendent déjà à démontrer la nature inflammatoire des tumeurs phlegmoneuses du bassin, suites de couches. Nous n'avons pas fait l'analyse du sang de femmes atteintes de cette phlegmasie; il est probable qu'ici, comme dans les autres phlegmasies de cette époque, nous aurions rencontré une élévation plus ou moins considérable du chiffre de la fibrine.

La formation de pus dans ces tumeurs, son infiltration, son accumulation en foyers plus ou moins considérables, sont à mes yeux des indices certains de leur nature phlegmasique. En effet, la présence du pus dans une partie du corps, organique ou élémentaire, est une preuve certaine que dans un point quelconque de l'économie, et le plus souvent dans l'endroit où ce liquide morbide se rencontre, il a existé ou existe encore un travail de nature inflammatoire, dont le pus est un produit. Aussi dans la grande majorité des cas, dans les abcès pelviens comme dans ceux qui se développent ailleurs, la présence du pus est-elle accompagnée de symptômes généraux et locaux d'irritation, de lésions anatomiques de nature phlegmasique, telles que diverses nuances d'hypérémie, diverses variétés de ramollissement, des solutions de continuité qui tantôt paraissent avoir précédé et tantôt avoir suivi la suppuration, etc.

Rassemblé en foyer, le pus est contenu dans une cavité dont les parois tantôt présentent à nu le tissu même de l'organe où l'abcès s'est formé, tantôt sont tapissées par une couche inorganique qui ne semble être autre

chose que la partie la plus concrète du pus, et tantôt enfin sont tapissées par une couche membraneuse qui s'organise et dont l'aspect peut rappeler plus ou moins celui des membranes muqueuses. Ces circonstances militent encore en faveur de la nature inflammatoire du travail pathologique qui a présidé à la formation de ces abcès.

Les phlegmons du bassin, suites de couches peuvent-ils être une conséquence de métrite, de lymphangite ou de phlébite utérine? La réponse à ces questions se trouve longuement développée dans les chapitres relatifs à ces diverses lésions. Peuvent-ils dépendre d'une péritonite? Ce que nous avons dit dans le chapitre relatif à la phlegmasie de la séreuse abdominale, pourrait déjà suffire; nous y joindrons le passage suivant de M. le professeur Andral. « Ces péritonites partielles (1) existent moins souvent seules qu'elles ne soient une complication de certaines affections des organes contenus dans le bassin, et en particulier de l'utérus et des ovaires. Ainsi, dans un certain nombre de métrites chroniques, on trouve autour de l'utérus un ou plusieurs foyers purulents qui ont évidemment leur siége dans le péritoine. » Ces phlegmons peuvent-ils faire partie des nombreuses et diverses altérations pathologiques que l'on rencontre sur les cadavres des femmes qui ont succombé à la fièvre puerpérale? Ce que nous dirons de la fièvre puerpérale répondra à cette question.

Ces abcès pelviens ne sont-ils pas, dans certains cas, la conséquence d'une infection purulente? Lorsque nous avons traité de la phlébite utérine, nous nous sommes longuement étendu sur ce sujet; nous n'y reviendrons pas ici. Nous demanderons seulement pourquoi cet état pathologique de l'économie, sous l'influence duquel on voit se développer des abcès multiples dans les muscles, le foie, la rate, les poumons, le cerveau, les articulations, etc., ne donnerait-il pas quelquefois lieu à des abcès pelviens? Si ce résultat s'observe rarement, c'est que, comme l'expérience l'a démontré, l'infection purulente donne rarement lieu aux abcès du tissu cellulaire.

« *On ne* peut douter, dit Adral (2), qu'il n'y ait certains individus

(1) *Clin. méd.*, tome IV, page 663. — (2) *Précis d'anatomie pathologique.*

chez lesquels il ne se forme du pus beaucoup plus facilement que chez d'autres, de telle sorte qu'il faudrait admettre parfois une diathèse purulente, comme on admet une diathèse tuberculeuse. Dans celle-ci on a à peu près renoncé à admettre l'existence d'une irritation, d'une congestion antécédente, lorsqu'à la fois on trouve des tubercules dans presque tous les points de l'économie : pourquoi ce qui a lieu pour les tubercules n'aurait-il pas lieu pour le pus? » Nous nous sommes expliqué sur la diathèse purulente, nous n'en dirons que quelques mots ici. Dans la partie clinique de ce chapitre, nous avons cité l'exemple d'une femme en couches qui, après avoir présenté tous les symptômes d'une tumeur inflammatoire de la fosse iliaque, éprouva, à mesure que cette phlegmasie se terminait par résolution, une phlogose à la jambe qui se termina promptement par suppuration; quelques jours plus tard, elle éprouva le même accident à la partie postérieure de la cuisse opposée, et ces affections se manifestèrent sans cause, sans apparence ni de phlébite, ni d'infection purulente, ni de suppuration ailleurs. A quoi attribuer le développement de ces phlegmasies phlegmoneuses multiples et éloignées, si ce n'est à cet état de l'économie qu'on est convenu d'appeler diathèse purulente? Mais supposerons-nous avec Andral que, dans ces cas, le pus préexiste à l'inflammation? Non sans doute; car c'est à l'irritation qu'appartiennent les premiers symptômes apparents, ceux du pus leur sont consécutifs. Ainsi, pour nous, diathèse purulente ou diathèse inflammatoire avec tendance à la suppuration sont synonymes.

De ce qui précède il résulte que le pus est un produit et un des caractères principaux de l'inflammation; que, généralement, là où il se rencontre, il existe un travail phlegmasique plus ou moins intense; que même lorsqu'il est le résultat de la lymphangite, de la phlébite, de la résorption purulente, il occasionne toujours par sa présence un travail inflammatoire qui se termine plus ou moins vite par suppuration. Ainsi là où il y a abcès, généralement il y a inflammation aiguë ou chronique.

La nature inflammatoire des phlegmons du bassin, suites de couches étant mise en évidence, nous terminerons ce que nous avons à dire sur ce sujet par quelques mots sur les formes variées que ces phlegmons peuvent

offrir. Cette affection est loin de revêtir toujours la forme aiguë : nous avons cité des exemples qui prouvent que cette maladie peut être sourde, marcher lentement et durer longtemps, et dans cet état de chronicité, donner lieu à des symptômes généraux d'hétisie. Outre certaines idyosincrasies souvent inexplicables qui donnent plus ou moins d'activité aux phénomènes morbides; outre l'influence de quelques-unes des causes prédisposantes et occasionnelles que nous avons énumérées, on trouve dans le retour vers l'état normal des parties molles du bassin, ainsi que dans le changement de composition des parties élémentaires du sang, de quoi se rendre compte de la forme aiguë et chronique de la maladie. Lorsque la phlegmasie cellulaire du bassin succède à une métrite, à une oophorite ou à une péritonite chronique, l'extension de ces maladies au tissu cellulaire pelvien ne donnera généralement lieu dans ce tissu qu'à une inflammation de même forme. Lorsque l'abcès du bassin se développera à une époque éloignée des couches, quand, malgré la persistance de l'état puerpéral, les parties solides et liquides de l'économie que la grossesse avait fait sortir de leur état normal, ont presque retrouvé cet état; lorsque le péritoine, l'utérus et ses annexes, le sang, sont à peu près revenus dans leurs conditions physiologiques; que le tissu cellulaire pelvien, auparavant gorgé de sang, doué de plus de vitalité, de plus d'activité organique, a perdu plus ou moins complétement ces qualités qui le disposent aux inflammations aiguës, il n'y aura rien d'étonnant de voir cette affection prendre la forme chronique.

Nous avons aussi cité des exemples où la phlegmasie du tissu cellulaire pelvien, d'abord aiguë, est ensuite devenue chronique. Cette terminaison, favorisée par les circonstances précitées, par la durée de la maladie, peut bien être aussi la conséquence du traitement employé. Aussi, si dès le début de la phlegmasie aiguë, on emploie trop mollement ou que l'on néglige les évacuations sanguines; si, malgré l'opiniâtreté de la maladie, on les emploie trop énergiquement ou que l'on en continue l'emploi trop longtemps; dans le premier cas, on laisse à la maladie le temps de s'établir, d'acquérir toute son énergie, toute sa puissance, alors et quels que soient les moyens mis en usage, généralement la nature, même aidée par l'art,

ne peut plus enrayer la marche de la maladie et sa terminaison par suppuration; cette terminaison, qui donne à la durée de l'affection beaucoup de longueur, en modifie aussi, quand le pus est formé et accumulé, les caractères symptomatiques au point de rendre sourd et lent ce qui, auparavant, était actif et aigu; car il est d'observation que le pus, une fois réuni en foyer, donne lieu à une sorte de détente, à une diminution, quelquefois même à une cessation complète des accidents inflammatoires jusqu'alors observés. Dans le deuxième cas, l'on parvient bien, en général, à diminuer l'acuité des phénomènes généraux, quelquefois même des phénomènes locaux, mais la maladie n'étant pas jugulée et continuant de marcher vers la suppuration, et la malade trop affaiblie et par le mal et par l'excès de la médication employée, ne peut plus opposer à sa marche qu'une barrière sans résistance; le mal persiste, dure longtemps et devient chronique. Il est des cas exceptionnels (nous en avons cités), où les malades très-affaiblies, le phlegmon devenu vieux, cependant la forme aiguë persiste.

Thérapeutique.

La nature de la maladie réclame bien évidemment l'emploi du traitement antiphlogistique dès le début. Aussi tous les auteurs sont-ils à peu près unanimes pour conseiller alors l'emploi des émissions sanguines que l'on proportionne aux circonstances relatives à l'état puerpéral, à l'époque plus ou moins rapprochée des couches, à la quantité plus ou moins considérable de sang que peut avoir perdu la femme pendant et après le travail, à la constitution, au tempérament, à la force du sujet, à la forme de la maladie, à ses causes, à ses complications, à l'influence de la constitution médicale régnante, aux résultats obtenus, etc. Tous les efforts du praticien doivent tendre à provoquer la résolution de l'engorgement inflammatoire, la seule terminaison vraiment avantageuse; quoique cette terminaison soit difficile à obtenir, cependant il en existe bon nombre d'exemples; nous en avons cité plusieurs.

Puzos voulait que dans les engorgements puerpéraux, on saignât largement et souvent; il cite cinq cas de guérison par résolution obtenue par

cette méthode. Deleurye était également partisan des saignées générales, mais, ainsi que Grisolles, il n'en conseille l'emploi que dans les cas où la fièvre est intense. Dans quelle mesure doit-on employer les émissions sanguines? Que peut-on espérer de l'usage de cet agent thérapeutique? Quelle est son influence sur la terminaison heureuse ou malheureuse de la maladie, sur sa marche et sur sa durée? Telles sont les questions que se pose M. Grisolles, et auxquelles il essaye de donner une solution en s'appuyant sur trente faits qu'il considère comme assez complets. D'après lui, sur vingt malades où des émissions sanguines furent employées assez abondamment, de huit à vingt-deux pallettes, quinze d'entre eux eurent à la fois une ou plusieurs saignées générales et des applications de sangsues; chez deux on n'employa que la phlébotomie, et chez les trois autres la saignée capillaire. Le traitement antiphlogistique fut commencé du deuxième au quinzième jour, à dater des premiers accidents, et les effets immédiats ont beaucoup varié; ainsi, chez cinq malades, un amendement notable a suivi la première saignée ou la première application de sangsues, faite du deuxième au quatrième jour du début. L'amélioration s'est soutenue, le plus souvent même a fait de nouveaux progrès sous l'influence de la même médication qu'on avait jugé convenable de réitérer. De ces cinq malades quatre virent leur phlegmon se résoudre peu à peu et plus ou moins complétement après une durée de quinze à vingt-cinq jours. Chez le dernier, l'état général et local, après s'être considérablement amélioré, demeura stationnaire, la suppuration se déclara lentement vers le vingt-sixième ou vingt-septième jour et la guérison survint deux mois après. Chez quinze malades les accidents locaux et généraux s'accrurent lors des premières évacuations sanguines; celles-ci furent renouvelées jusque huit fois dans l'espace d'un à six jours. L'on vit enfin les symptômes diminuer d'intensité; la résolution s'opéra une fois, et dans tous les autres cas, la chute de la fièvre, la diminution ou la cessation des douleurs, coïncidèrent avec l'établissement de la suppuration, de telle sorte que l'amendement observé doit être attribué bien moins à l'effet des évacuations sanguines qu'à la marche naturelle de la maladie. De ces vingt faits, le tiers fut avantageusement influencé par les émissions sanguines, bien qu'un

cinquième de ce tiers s'est terminé par suppuration; tandis que dans les deux autres tiers, le mal s'est aggravé sous l'influence de cette médication, qui aurait été nuisible deux fois sur trois.

« On peut établir, dit cet auteur (1), comme règle générale, que la résolution sera une terminaison fort rare du phlegmon iliaque lorsqu'on commencera le traitement après le cinquième ou le sixième jour à dater des premiers symptômes, puisque sur trente faits que j'ai analysés, deux seulement ont fait exception. » Les résultats que nous avons obtenus, sont beaucoup plus avantageux que ceux qu'indique l'auteur précité, ainsi qu'on aura pu le voir dans la partie clinique de ce chapitre.

« Si, dit Grisolles, les émissions sanguines, largement employées, empêchent la suppuration de s'établir, elles peuvent néanmoins, si on les pratique à une époque rapprochée du début, rendre celle-ci moins abondante, et abréger de beaucoup la durée totale de la maladie. C'est ainsi que lorsque le traitement antiphlogistique fut commencé du deuxième au sixième jour, le phlegmon se termina par résolution ou suppuration. La guérison était complète, terme moyen, vers le quarante-cinquième jour; tandis que lorsque la première saignée locale ou générale a été faite du neuvième au vingt-et-unième jour, la guérison n'a eu lieu que vers le soixante-dix-neuvième. Il est à remarquer que les malades qui ont été saignés le plus largement sont ceux chez lesquels la guérison s'est fait le plus longtemps attendre, bien que le traitement ait été commencé chez eux beaucoup plus tôt que dans les cas où les émissions sanguines furent employées avec plus de réserve. »

« Chez les dix autres malades, le traitement ne fut commencé que du dixième au vingt-et-unième jour; on fit une ou deux applications de quinze à vingt sangsues qui, dans deux cas, calmèrent de suite les accidents, et l'affection marcha vers la résolution; chez tous les autres il y eut suppuration. Tous guérirent sans accident vers le soixante-neuvième jour. Il est inutile de dire que chez ces dix malades, le phlegmon était peu volumineux, et qu'il ne s'accompagnait d'aucun symptôme fâcheux; ceci expli-

(1) Page 311.

Nous ne dirons pas avec Puzos qu'il faut attaquer cette affection par des saignées abondantes et répétées ; nous n'accepterons même pas en principe les bases sur lesquelles Deleurye et Grisolles établissent, dans ces cas, l'indication de la saignée, lorsqu'ils disent qu'elle est particulièrement indiquée quand la fièvre est intense. Cependant, si les auteurs précités et bien d'autres praticiens n'avaient, dans certains cas, obtenu des avantages marqués de l'emploi de ce moyen thérapeutique, ils n'en préconiseraient pas autant l'usage. Les résultats avantageux qu'ils en ont obtenus, les résultats plus souvent contraires obtenus par d'autres, nous portent à admettre que, dans certaines circonstances, la saignée générale est indiquée et peut être très-utile, et que d'autres fois elle est contre-indiquée et serait nuisible. Existe-t-il des signes sur lesquels on puisse baser l'indication et la contre-indication de la saignée générale dans le traitement des tumeurs inflammatoires du bassin, suites de couches? Et ces principes, s'il en existe, ne seraient-ils pas applicables à beaucoup d'affections puerpérales? Nous pensons qu'il existe deux espèces d'indications d'après lesquelles on peut employer ou rejeter la saignée générale, l'*une,* incertaine, qui a servi et qui sert encore de base aux praticiens actuels, consiste dans l'état général, présent et passé de la malade; l'*autre,* certaine, est relative à la composition du sang de la femme en couches.

1° Indication incertaine. L'âge peu avancé de la malade; une bonne constitution; un tempérament sanguin; un bon état de santé antécédent; perte peu considérable de sang avant, pendant et après le travail de l'accouchement; forme aiguë de la maladie; réaction générale; époque peu éloignée de son début.

2° Indication certaine. Les circonstances précédentes seules ne peuvent suffire pour autoriser à recourir largement à la saignée générale, parce qu'avec cet ensemble de phénomènes généraux peut exister un tel état du sang que cette médication serait nuisible, et, par conséquent, contre-indiquée; mais lorsque l'indication incertaine se présentera, elle permettra de pratiquer une saignée générale si légère que, comprise entre la spoliative et la dérivative, elle ne pourra nuire; elle sera assez copieuse, cependant, pour permettre de faire l'analyse chimique du sang. Or, c'est de cette ana-

lyse que découlera l'indication de l'emploi ou du rejet de la saignée, de son avantage ou de son désavantage probables. Les analyses chimiques que nous avons faites sur le sang de femmes pendant les suites de couches heureuses, nous a démontré que généralement leur sang était anémique, c'est-à-dire que le chiffre des globules était inférieur à son minimum physiologique, ce qui rendait, proportionnellement, le chiffre de la fibrine très-élevé, et conséquemment, donnait une qualité phlogistique au sang. D'un autre côté, nous savons que les saignées générales, les pertes de sang instantanées et considérables, ont, pour influence primitive et principale sur la composition de ce fluide, celle d'abaisser le chiffre des globules et de maintenir celui de la fibrine. Il résulte donc que, malgré l'existence des indications incertaines, si l'analyse du sang démontre un abaissement anémique du chiffre des globules, la saignée sera contre-indiquée, puisqu'elle aurait pour effet d'augmenter encore l'altération sanguine déjà si favorable au développement des phlegmasies aiguës. Nos analyses nous ont démontré que, chez certaines femmes en couches, le sang conservait dans ses globules un chiffre plus ou moins élevé, se rapprochant et même dépassant le maximum physiologique, constituant ainsi un état pléthorique. Ces cas sont rares à la vérité, ils sont exceptionnels; mais il suffit que leur existence soit possible pour que, dans le cas pathologique qui nous occupe, le rejet de la saignée générale ne soit pas trop exclusif. Ce sont probablement des cas pareils qui se sont présentés à l'observation de Puzos, et, lorsque l'analyse chimique les fera connaître, nous pensons que les avis de ce célèbre praticien pourront être avantageusement mis en pratique.

Il est une considération pratique que l'on doit ajouter à ce qui précède, c'est la suivante : une phlegmasie aiguë, siégeant sur un organe parenchymateux, est communément combattue plus avantageusement par les saignées générales que quand elle siége sur un organe membraneux. Or, l'on sait que le tissu cellulaire offre beaucoup d'analogie avec les organes membraneux.

Une dernière considération qui peut éloigner l'emploi des saignées générales dans le traitement des phlegmons iliaques, c'est que lorsque ceux-

ci se terminent par suppuration (et la chose est assez commune), la maladie est de longue durée; quelquefois elle donne lieu à des symptômes généraux d'hétisie inquiétants et qui pourraient faire regretter l'emploi qu'on aurait fait primitivement des saignées générales.

Dans la forme aiguë de la maladie, à une époque peu éloignée de son début et des couches; lorsque la malade conserve assez de force, qu'elle n'est épuisée ni par la misère, ni par des maladies antécédentes, ni par des pertes de sang trop abondantes, une forte application de sangsues (vingt à trente), tantôt au fondement, comme nous avons fait plusieurs fois avec succès, tantôt sur le siége du mal, répétée une ou plusieurs fois selon les circonstances individuelles et pathologiques, aussi selon les résultats produits, nous a procuré des avantages incontestables; sous son influence nous avons vu les symptômes locaux s'amender, et cet amendement avoir sur les symptômes généraux un retentissement avantageux; les émissions sanguines locales, loin de troubler les fonctions puerpérales, nous ont paru les ramener vers leur état normal lorsqu'elles en étaient écartées, ce qui s'explique tant par la diminution du mal et du trouble qu'il occasionne dans toutes les fonctions de l'économie, que par l'affaiblissement de son action dérivative sur les sécrétions cutanée, laiteuse et lochiale. Telle est, sur les forces générales des malades, la différence de résultat des saignées générales et locales que, en occasionnant à peu près une perte de sang égale, j'ai plusieurs fois reconnu, dans des maladies inflammatoires du genre de celle que nous traitons, que celles-là donnaient lieu à une diminution sensible des forces générales chez les malades, sans entraver la marche progressive de l'affection, tandis que celles-ci, sans paraître affaiblir sensiblement les individus, apportaient, dans le foyer malade, des modifications avantageuses qui retentissaient au loin. Dans un cas, le mal n'étant pas diminué, la nature avait les mêmes efforts à faire pour y résister; dans l'autre, au contraire, l'amendement survenu dans la maladie réclamait des efforts moindres et plus en rapport avec les forces de l'économie. C'est à ce résultat, c'est à ce que nous avons dit précédemment de la composition du sang de la femme en couches et de l'influence de la saignée générale sur cette composition, que nous attribuons les consé-

quences si différentes que produisent les émissions sanguines générales et locales. Si l'on joint à ce qui précède l'influence si différente de ces deux moyens de traitement sur l'innervation générale, dont la phlébotomie augmente l'irritabilité; la prédominance, déjà très-grande chez les nouvelles accouchées, et sur laquelle les anhélides sont à peu près sans effet, l'on aura les motifs pour lesquels nous préférons aux saignées générales les saignées locales qui, aux avantages précédents réunissent encore ceux de la dérivation par l'afflux du sang qu'elles provoquent à la peau, ceux de la révulsion par l'irritation modérée et le travail phlegmasique des piqûres de sangsues, celui enfin, de laisser l'économie dans un tel état que l'on puisse, selon les circonstances, recourir une ou plusieurs fois au même moyen.

Lorsque l'état local de la maladie permettra l'application de ventouses sur la paroi abdominale correspondante; lorsque l'état général de l'individu ne permettra plus de recourir aux anhélides; lorsque cependant, il existera encore, tant dans les symptômes locaux que généraux, quelque chose d'aigu qui contre-indique l'emploi d'autres médications; lorsque enfin, les sangsues ne pourront plus être employées qu'en petit nombre autour du bassin, et Lisfranc l'a prouvé, ce mode d'application est vicieux en ce qu'il a la propriété de congestionner, de fluxionner les organes contenus dans cette partie du tronc, les ventouses scarifiées seront indiquées, et l'on sera en droit d'en attendre des résultats avantageux. Par ce moyen, on ne retire que la quantité de sang jugée nécessaire; la fluxion qu'elles établissent à la peau, prévient et tend à dériver celle de l'organe souffrant; enfin, on peut en répéter l'application selon l'effet qu'on en aura obtenu, et selon beaucoup d'autres circonstances qu'il est difficile de bien préciser sur le papier, et qu'une pratique soigneuse peut seule bien formuler.

Lorsque l'inflammation phlegmoneuse du tissu cellulaire pelvien débutera à une époque éloignée de l'accouchement sous forme aiguë, elle réclamera la médication précitée, moins énergique peut-être; sous forme chronique, les faits et la prudence commandent de commencer par elle, mais d'y apporter plus de réserve. Mais lorsque la forme chronique succède à la forme aiguë, et que le passage de l'une à l'autre est insensi-

ble, incomplet, le praticien, même le plus consommé dans l'exercice de son art, n'est pas toujours exempt d'embarras pour reconnaître la limite au delà de laquelle les évacuations sanguines ne peuvent plus être avantageuses. Trop souvent cet état chronique conserve, parmi les siens, quelques-uns des caractères aigus qui semblent encore réclamer cette médication. Et, en effet, l'on se trouve quelquefois très-bien, dans cette circonstance, de quelques évacuations sanguines modérées, parmi lesquelles les ventouses scarifiées tiennent le premier rang; mais alors, il ne faut pas détourner l'attention des résultats obtenus; il faut savoir adapter sa médication à ce qu'ils commandent, et surtout ménager les forces naturelles déjà si affaiblies et encore si nécessaires.

« Quand, dit M. le docteur Delhaye (1), on n'a point retiré de ces remèdes tout le succès désiré, il faut, sans perdre de temps, recourir au traitement mercuriel de feu Vanden Zande (2). L'onguent mercuriel double en frictions sur l'hypogastre, aidé de l'administration à l'intérieur du calomel seul, ou uni à l'opium si l'état de l'estomac le permet (et alors on donne des lavements opiacés) ont été reconnus pour des moyens héroïques par tous les praticiens de bonne foi. Nous ajouterons que chez des personnes anémiques, ou épuisées par des hémorragies, nous avons obtenu de cette médication, employée de prime abord, des résultats presque inouïs. »

Au moment du passage de l'état aigu à l'état chronique, ou dès le commencement de cet état, comme dans les cas où les femmes avaient perdu beaucoup de sang, étaient anémiques ou épuisées par toute autre cause, lors même qu'il existait encore des symptômes aigus ou sub-aigus et que les forces générales de l'individu ne permettaient plus de recourir aux émissions sanguines, nous avons employé avec succès la médication mercurielle à l'extérieur, aidée par l'application, *loco dolenti,* d'un vésicatoire volant, quelquefois même d'un vésicatoire en suppuration; mais nous n'avons jamais employé le calomel intérieurement. Nous avons enregistré

(1) *Ann. d'occul. et de gyn.*, page 428. — (2) *Consid. prat. sur la maladie des femmes en couches, connues sous le nom de péritonite et de fièvre puerp.*, Anvers, 1811, in-8° de 159 pages. *Voyez* aussi la notice sur les travaux de Van den Zande, publiée par C. Broeckx, au nom de la Société de médecine d'Anvers, 1839, in-8°, de 43 pages.

plusieurs cas de guérisons obtenues par le traitement précité que, d'après notre expérience et celle de beaucoup de praticiens non systématiques, nous n'hésitons pas à considérer comme le plus efficace après les émissions sanguines, pour procurer la résolution de ces tumeurs inflammatoires, quand il est employé méthodiquement et en temps opportun. Telle est la méthode que j'ai suivie : je donne la préférence à l'onguent mercuriel double, auquel j'unis, chez les complexions nerveuses ainsi que dans les cas où il existe encore de la douleur et de la sensibilité, quelques phénomènes nerveux sympathiques, tels qu'insomnie, hystéricie, etc., l'opium muqueux à doses variables. Cette pommade est employée en frictions, trois fois en vingt-quatre heures, à l'aîne et à la partie interne de la cuisse correspondant au mal; chaque friction est de deux gros; nous surveillons attentivement la bouche et la gorge, afin de nous arrêter dès le début de la stomatite mercurielle, que nous avons rarement observée, et contre laquelle, lorsqu'elle n'est pas trop intense, nous n'employons que des moyens simples. Nous n'avons pas remarqué que l'établissement de la salivation fut nécessaire au succès du remède.

Lorsqu'il nous est arrivé d'avoir à faire à une complexion strumeuse ou détériorée par la maladie, nous avons préféré à la médication mercurielle les préparations d'iode. Nous avons cité un cas ou la pommade suivante, aidée par un vésicatoire en suppuration sur le siège du mal, nous a parfaitement réussi :

℞ : Axonge préparée ʒ ii.
Opium muqueux gr. x ii.
Iodure de plomb ʒ ii.

« Dans les cas où la phlegmasie a débuté sous la forme apyrétique, dit M. Delhaye (1), il ne faut point pour cela négliger le traitement antiphlogistique si l'on veut en obtenir la résolution; les saignées locales, les ventouses scarifiées, les vésicatoires volants, rendent alors des services incontestables. »

(1) Ouvrage cité, page 428.

En même temps que nous avons eu recours à la pommade mercurielle et iodée, nous avons employé le vésicatoire saupoudré de camphre sur le lieu malade; une fois, nous l'avons longtemps entretenu en suppuration; nous avions à faire à un abcès iliaque très-avancé et qui s'est terminé par résolution; dans ces cas, c'est-à-dire lorsque la tumeur iliaque est ramollie, suppurée, nous donnons la préférence au vésicatoire en suppuration tant à cause de sa révulsion puissante et longtemps continuée, que pour la quantité plus ou moins considérable de pus qu'il produit; mais, en général, nous avons employé le vésicatoire volant, qui a toujours paru déterminer une diminution sensible dans le peu d'acuité que les symptômes maladifs pouvaient encore conserver; nous le laissons en place douze ou vingt-quatre heures, aussi longtemps qu'il s'est développé une forte ampoule; alors nous enlevons l'emplâtre avec soin, nous perçons la phlictène pour la vider de toute la sérosité qu'elle contient, et nous pansons avec du cérat pour obtenir une prompte guérison de cette vésication qui est toujours fort peu douloureuse, lorsqu'on a la précaution de ne pas enlever la peau. Est-ce en déterminant une révulsion puissante que ce moyen opère? Est-ce plutôt par la quantité plus ou moins considérable de fibrine contenue dans la sérosité qu'il fait perdre? Nous croyons que les résultats avantageux qu'il produit, dépendent des deux actions combinées.

Déjà nous avons dit que, dans certains cas, nous unissions aux pommades mercurielles et iodurées les préparations opiacées. Si la douleur est plutôt nerveuse que sanguine, ce qui n'est pas rare chez les tempéraments nerveux, on peut avoir recours aux opiacés, aux antispasmodiques, aux lavements sédatifs. Chambon conseille, en pareil cas, les fomentations sur l'hypogastre avec les décoctions de belladone et de jusquiame.

S'il survient des complications d'oophorite, de métrite, de péritonite, ou si ces phlegmasies accompagnent les phlegmons iliaques, il convient, après avoir épuisé les ressources antiphlogistiques, de ne pas redouter la salivation mercurielle, et d'employer hardiment cette médication à l'intérieur et au dehors. Nous ne nous arrêterons pas davantage à cet médication sur laquelle nous nous sommes longuement appesanti traitant des phlegmasies précitées.

S'il survient de la constipation, j'ai recours aux lavements simples, adoucissants, quelquefois légèrement purgatifs. Lorsque la constipation résiste, j'emploie l'huile de ricin.

J'emploie rarement les bains généraux, à cause de la difficulté que les malades éprouvent à se mouvoir, et des douleurs qui résultent de leur transport au bain et de celui-ci au lit.

J'ai quelquefois employé les cataplasmes émollients, qu'au besoin je rendais narcotiques; je leur ai souvent préféré des onctions d'huile d'amande douce à laquelle, selon les circonstances, je joignais le laudanum de Sydenham (3 ii par ℥ i).

Je prescris des aliments doux; j'en accorde toujours un peu moins que l'appétit ne commande. Je fais donner, pour boisson, de l'eau panée; entre les repas, même quand il y a peu d'altération, je fais prendre une tisane d'orge mondée s'il existe du dévoiement; en cas contraire, je prescris une décoction de chiendent et de réglisse.

J'ai soin que la malade soit tenue proprement, placée dans un appartement sec, bien aéré, bien éclairé, d'une température modérée et uniforme; j'exige qu'il y ait peu de visites et des visites agréables et courtes; j'écarte tous les moyens capables de produire de fortes et surtout de pénibles émotions morales.

« Mais, dit le docteur Delhaye (1), si tout a été inutile, et que la suppuration se déclare, il faut activer celle-ci par l'application de cataplasmes maturatifs sur les parties malades, et par des frictions mercurielles pour autant qu'elles ne portent pas atteinte à l'organisme. Une fois que l'abcès est formé, on doit chercher à donner issue à la matière qu'il contient. S'il tend à se prononcer au dehors, vers l'ombilic, les aînes, les fesses, et qu'il n'y ait point péril en la demeure, il faut favoriser les efforts de la nature jusqu'à ce que le pus vienne fluctuer sous la peau; une légère ouverture suffira alors à son évacuation. Dans les cas où le foyer s'est frayé un passage au dehors par un des organes renfermés dans la cavité du bassin, on ne doit rien négliger pour obtenir la détersion du kyste purulent, qui amène trop

(1) Ouvrage cité, page 429.

souvent des fistules incurables. Outre les injections détersives, lorsqu'il y a moyen de les tenter, les soins de propreté, un régime convenable, il est avantageux de recourir à l'usage à l'intérieur des préparations d'iode et de fer, pour autant que l'état du sujet le permette. »

Quand l'abcès est formé et que la tumeur à de la tendance à s'ouvrir au dehors; lorsque les parois, qui la recouvrent, ne glissent plus sur elle; lorsque ces parois offrent un peu de rougeur, un peu d'empâtement, ce cercle induré qui indique l'existence et l'étendue des adhérences; lorsque surtout l'abcès est volumineux ou qu'il vient à être plus ou moins distendu par des gaz, comme nous en avons cité un exemple; lorsque sa présence détermine des symptômes d'hétisie, il est urgent de faire la ponction du foyer purulent, pour l'exécution de laquelle nous n'avons jamais employé qu'un simple bistouri; nous n'avons jamais eu besoin de pratiquer une large ouverture, et, par conséquent, de recourir à la sonde cannelée pour l'agrandir comme le conseille Delhaye, ou à la méthode de David qui conseille de plonger dans la tumeur un trois-quarts cannelé, dont la cannelure sert à introduire un bistouri au moyen duquel se pratiquent deux incisions en T, qui doivent être dirigées de manière à éviter la lésion des artères. Une précaution, qu'il ne faut pas négliger, c'est de ne pas plonger le bistouri au-dessus des adhérences, et d'entretenir l'ouverture au moyen d'une mèche enduite de cérat.

Lorsque la tumeur ne se fait pas sentir ou qu'imparfaitement dans le vagin ou dans le rectum; lorsqu'aucun signe de péritonite ou de cystite ne vient faire soupçonner un travail phlegmasique entre ces parties et le foyer purulent, une disposition à la perforation de l'un ou l'autre de ces organes, on peut attendre assez longtemps pour être assuré qu'au moment de l'ouverture artificielle il y a adhérence parfaite entre les parois de l'abcès et celles du ventre; dans le cas contraire, il faut se hâter de pratiquer l'incision; dans cette circonstance, pour peu qu'il y ait doute dans les adhérences précitées, il faut recourir à la méthode que j'ai entendu préconiser par M. Blandin, et qui consiste à faire une incision incomplète des parois abdominales; l'inflammation, qui en résulte, tend à s'étendre en profondeur, celle du phlegmon iliaque tend à se rapprocher

si l'on veut éviter un épanchement mortel. Lorsque le phlegmon vient se prononcer dans le vagin ou le rectum, on retire un immense avantage du spéculum uteri perfectionné. Cet instrument étant placé méthodiquement et confié à un aide intelligent, le chirurgien, armé d'un bistouri garni de linge jusqu'à un pouce de sa pointe, dirigera celle-ci à l'aide de l'indicateur, sur la partie la plus saillante de la tumeur, qu'il ponctionnera, et en retirant la lame il élargira l'ouverture. »

Lorsque l'abcès pelvien vient à proéminer dans le rectum, ce que nous avons eu occasion d'observer chez un jeune homme de vingt-deux ans, l'on pourrait, après s'être assuré de sa fluctuation, de son adhérence aux parois de l'intestin, recourir à la méthode précitée si quelques circonstances urgentes y forçaient; dans le cas contraire, lorsqu'il n'y a pas péril dans la demeure, il est encore plus rationnel, plus certain et, par conséquent, plus prudent d'attendre l'ouverture spontanée du foyer. C'est le parti que nous avons pris chez le jeune homme précité, et nous n'avons eu qu'à nous en féliciter.

Un autre point par lequel on peut vider l'abcès est la partie supérieure du vagin. M. Bourdon (1) rapporte plusieurs exemples de terminaison heureuse par ce moyen; mais en faisant attention à la proximité de la vessie, à la possibilité et à la gravité d'un épanchement de pus dans la cavité péritonéale si la ponction venait à être pratiquée lorsque l'adhésion ne serait pas bien établie, l'on comprendra facilement le danger auquel peut exposer une conduite semblable. Ce danger n'existerait pas, dit Valleix, si la fluctuation était très-sensible à la partie supérieure du vagin, et surtout s'il y avait une saillie de la tumeur dans ce point.

L'écoulement du pus doit être favorisé en donnant à l'incision la position la plus déclive possible; on place une petite mèche entre ses lèvres; on renouvelle fréquemment le pansement. « On a fait coucher les malades sur l'un des côtés ou même sur le ventre, dit Grisolles (2). » Cette position, selon nous, n'est pas soutenable au moins pour la généralité des

(1) Ouvrage cité. — (2) Ouvrage cité, page 313.

malades. On a aussi conseillé une compression méthodique, que nous avons toujours trouvée inutile.

« Il est rare, dit l'auteur précité, que la plaie reste fistuleuse. Puzos néanmoins en cite un cas. » Nous en avons cité un où la fistule ne restait pas béante, mais se rétablissait de temps en temps et donnait issue à un ou deux vers lombrics qui venaient donner la preuve de sa communication avec l'intestin. « Alors, dit-il, on doit fonder son espoir sur la compression longtemps continuée et le retour de l'embonpoint. » Nous préférerions, dans ces cas, les injections iodées.

L'on préconise assez généralement, sans règles ni méthode, les injections dans le foyer purulent. Dans tous les cas que nous avons observés, aucune injection n'a été faite, et cependant la guérison a eu lieu promptement et sans accident; et la chose ne doit pas paraître extraordinaire si l'on réfléchit au retrait des parois de l'abcès après l'évacuation de la matière purulente, à la contraction des parois abdominales, à la pression des organes environnants, à la résistance d'une assez grande étendue des parties avec lesquelles il est en contact. Toutes ces circonstances s'opposent à la stagnation du pus et à l'introduction de l'air dans le foyer, elles favorisent le contact des parois du kyste et, par conséquent, leur adhésion. La nécessité d'employer des injections doit donc être rare. Cependant si le foyer était enflammé et que le pus fut altéré, des injections d'eau tiède ou d'un liquide émollient pourraient être utiles; dans ces cas où, sans que le kyste soit enflammé, le pus est de mauvaise qualité, abondant, la suppuration de longue durée et compromettant l'existence du sujet, alors ces injections seront détersives, chlorurées, et préférablement encore iodées.

Lorsque des symptômes de péritonite suraiguë indiqueront une rupture de l'abcès et l'épanchement du pus dans la cavité péritonéale, il faudra condamner la malade au repos le plus complet, éviter d'exercer sur le ventre aucune pression qui pourrait avoir pour effet d'augmenter l'épanchement purulent. En même temps on prescrira des pilules d'un gramme d'opium que l'on donnera d'heure en heure. Les deux premières pourront être administrées à un quart d'heure d'intervalle. On surveillera avec soin l'action du remède, car on devrait en suspendre l'emploi si des symptômes

de narcotisme venaient à se manifester. Mais dans ces cas de péritonite suraiguë, les malades peuvent prendre quinze, vingt et trente grains d'opium par jour, sans éprouver aucun accident du côté des centres nerveux.

« En quelque endroit qu'ait été ouvert l'abcès, dit Delhaye, les pansements sont simples. La diététique fournit les autres moyens de guérison. » « On donnera, dit Grisolles, une alimentation convenable et même quelques toniques. » Je ne me suis vu forcé qu'une seule fois de recourir aux toniques, ce fut lorsque l'abcès iliaque s'est terminé par la gangrène non-seulement de ses parois, mais encore des parois abdominales correspondantes. Dans ce cas, les désordres locaux et généraux produits par cette terminaison fâcheuse; la violente métrorragie qui avait accompagné la délivrance, l'abondance de la suppuration, avaient tellement épuisé les forces de la femme que sans les secours de l'art, la nature eut été impuissante et l'issue de la maladie fut devenue funeste. Les préparations de quinquina, et particulièrement le vin de quinquina, ont produit les plus heureux effets; nous leur attribuons une grande part dans le succès que nous avons obtenu.

CHAPITRE NEUVIÈME.

DE LA FIÈVRE PUERPÉRALE.

Après avoir décrit les diverses formes de métrite, d'oophorite, de péritonite puerpérales; après avoir traité, aussi complétement que possible, de la lymphangite et de la phlébite utérine, ainsi que des phlegmons du bassin suite des couches, nous allons nous occuper de l'affection puerpérale de la femme la plus importante, généralement la plus grave, la moins connue dans son étiologie, sa nature et sa thérapeutique, c'est-à-dire de la fièvre puerpérale.

Les connaissances que nous avons acquises dans les maladies puer

n'ont pas tardé à voir qu'ils prenaient, dans leur ardeur de localisation, l'effet pour la cause, que des altérations, qu'ils regardaient comme la maladie elle-même, n'étaient que des résultats de la maladie, et que l'altération primitive leur échappait, même dans les cas où ils avaient cru les saisir. »

« Pendant plusieurs années, dit le même auteur, la fièvre puerpérale fut effacée du cadre nosologique, et on ne vit plus que des métrites, des péritonites, des métro-péritonites puerpérales. De même qu'ailleurs on ne voyait plus que des gastro-entérites. La réaction en faveur des fièvres devait en amener une dans la manière de considérer les affections aiguës des femmes en couches, et l'anatomie pathologique conduisait elle-même à ce résultat. Elle montrait que si l'altération des follicules intestinaux était quelquefois très-peu considérable, ou tout à fait nulle, malgré l'issue fatale de la maladie, il en était, dans quelques cas, de même de la péritonite et de la métro-péritonite puerpérales. Elle constatait non-seulement l'absence ou l'insuffisance d'altérations appréciables, comme dans la fièvre typhoïde, mais encore leur diversité, malgré la ressemblance ou l'identité presque parfaite des symptômes. En effet, outre la péritonite et la métro-péritonite, outre la putrescence de l'utérus, n'a-t-on pas encore signalé, dans ces dernières années, la phlébite, la lymphangite utérines, diverses altérations de la muqueuse intestinale, en particulier de son appareil folliculaire, des lésions simultanées de plusieurs séreuses, une sorte de pyogénie générale ou de diathèse purulente, toutes altérations rencontrées tour à tour dans des épidémies en apparence semblables, mais qui n'avaient souvent de commun que leur excessive gravité et l'inefficacité des moyens employés pour les combattre; toutes altérations également observées dans la même épidémie, chez des accouchées différentes, dont la maladie avait présenté les mêmes symptômes et suivi la même marche. Ne peut-on pas conclure de ce qui précède qu'une même cause, sans doute très-générale, une même altération primitive, cette inconnue que nous cherchons, que nous soupçonnons à peine et qui nous échappera peut-être longtemps encore, a, dans quelques cas, agi avec une telle violence sur les sources principales de la vie qu'une altération secondaire n'a pas eu le temps de se produire, que la mort a été la conséquence très-prompte, presque instantanée de cette action.

D'un autre côté, à voir tant et de si différentes lésions, avec un appareil symptomatique à peu près le même, ne doit-on pas admettre la préexistence, l'influence d'une même cause, d'une même altération primitive dont les effets ont été différents, et, suivant les cas, simples quelquefois, quelquefois complexes? Si ces altérations ne sont pas toute la maladie, on ne saurait nier qu'elles ne finissent quelquefois par la constituer toute entière et par en faire toute la gravité, comme cela a lieu si souvent pour l'entérite folliculeuse une fois développée. Mais nous ne saurions trop le répéter, quelque chose de non localisé encore a préexisté, quelque chose de général, engendré par un agent spécifique, inconnu dans son influence, et qui pénètre par infection, par contagion peut-être, quelque chose qui trouble à des degrés différents presque toutes les fonctions de l'économie que révèlent quelquefois, avant l'explosion du mal, différents phénomènes précurseurs, quelque chose, enfin, qu'on croit consister dans une altération du sang. A ces caractères, qui peut méconnaître une affection générale, une de ces maladies auxquelles les pathologistes modernes réservent encore le nom de fièvre? Pour nous, l'existence d'une fièvre puerpérale n'est pas douteuse.

« Nous sommes certainement loin de prétendre que plusieurs des altérations que nous venons d'indiquer, et les symptômes qui s'y rapportent, ne se développent pas quelquefois primitivement, sans infection générale préalable. Nous croyons, au contraire, qu'il en est souvent ainsi, et qu'une infection générale secondaire peut être la conséquence de quelques-unes de ces altérations, comme cela s'observe à la suite de l'ulcération des follicules de Peyer. Mais ce mode de développement n'exclut pas celui précité qui nous paraît incontestable. »

Nous avons donc agi conformément aux faits et aux raisonnements lorsque nous avons séparé l'histoire des phlegmasies utéro-péritonéales de celle de la fièvre puerpérale, dont l'étiologie, la nature et la thérapeutique sont si différentes. Il y a, du reste, un avantage immense à décrire séparément les caractères symptomatiques et anatomiques de ces diverses maladies. Non-seulement on en obtient des tableaux plus exacts, plus complets et plus fidèles, mais encore on fait mieux ressortir la part séméio-

tique, prognostique et thérapeutique de ces affections lorsqu'elles entrent comme éléments dans la fièvre puerpérale. Ici, en effet, l'altération générale qui la constitue, apporte du trouble dans toutes les fonctions de l'économie et détermine, dans le caractère des affections précitées, une telle modification que celles-ci, sans leur histoire particulière, seront méconnaissables, surtout dans les cas où plusieurs d'entre elles sont réunies, comme il arrive si souvent. D'un autre côté, leur description particulière précédant celle de la fièvre puerpérale, vient répandre l'ordre et la clarté dans cette masse confuse de causes et de symptômes; dans la marche, la durée, la terminaison, le prognostic; dans les complications, les lésions nécroscopiques et les indications thérapeutiques de la pyrexie puerpérale.

La dénomination de métrite, de péritonite ou de métro-péritonite n'est donc pas plus applicable à la fièvre puerpérale, que celle de fièvre puerpérale pour désigner l'une ou l'autre de ces phlegmasies, et cela pour plusieurs raisons. La première, c'est que chacun des éléments anatomiques, dont nous exposerons les caractères plus loin, peut exister seule et que, d'un autre côté, ces éléments sont susceptibles de se combiner dans les proportions les plus variées, dont le terme de métro-péritonite ne donne point une idée exacte, de sorte que tantôt cette dénomination sera trop compréhensible, tantôt au contraire trop restreinte; la deuxième, c'est qu'elle englobe dans une commune idée des éléments disparates par leur nature, tel que le ramollissement; par leurs suites, telle que la phlébite, et qu'elle tend ainsi à tout confondre sous une apparente unité; la troisième, c'est qu'elle fait abstraction de l'élément nerveux et de l'élément humoral, que nous verrons plus loin constituer le caractère essentiel de la maladie; la quatrième enfin, c'est que la fièvre puerpérale a été rencontrée sans que l'utérus ou ses annexes, le péritoine ou les deux réunis aient été malades.

Le terme de fièvre puerpérale n'embrasse point, il est vrai, par lui-même toutes ces idées; mais il ne préjuge rien, il ne précise rien, et par cela même il se prête mieux à toutes les formes de la maladie qui nous occupe. On doit donc conserver cette dénomination comme le terme le

plus général de cette maladie; donc la définition suivante nous paraît la meilleure : pour nous la fièvre puerpérale est le typhus des nouvelles accouchées; elle consiste en une altération du sang dans laquelle ce fluide offre un abaissement plus ou moins considérable du chiffre de sa fibrine, ce qui le rend plus ou moins diffluent. Si, dans quelques cas, ce chiffre quoique abaissé se rencontre entre les deux extrêmes de l'état normal, il ne faut pas pour cela conclure que cette altération n'est pas constante, car tel chiffre pour tel individu est en dessous de son *minimum* normal, qui pour d'autres se trouverait compris entre les limites physiologiques; et ce que nous disons ici pour la fièvre puerpérale peut s'étendre aux fièvres graves, où les auteurs qui se sont occupés de recherches chimiques sur la composition élémentaire du sang, n'ont pas assez fait attention à ces chiffres exceptionnels qui caractérisent l'idyosincrasie humorale.

Cette maladie des nouvelles accouchées qui, au rapport de M. Paul Dubois, s'étend quelquefois, mais par de rares exceptions, à des femmes en état de vacuité reconnaît pour causes essentielles : 1° à l'état sporadique, l'absorption par les veines et les vaisseaux lymphatiques de l'utérus, ou l'imbibition dans ces mêmes canaux, de liquides altérés, en décomposition et susceptibles, en se mélangeant au sang, de déterminer sa fermentation, son altération; dans certains cas, cette altération peut être spontanée ou produite par un état particulier de l'économie que nous ferons connaître en traitant de la nature de cette affection; 2° à l'état épidémique, l'intoxication du sang par un miasme infecteur.

La fièvre puerpérale est une des maladies qui a le plus exercé l'esprit les médecins; et cependant, pour tout homme non prévenu, combien l'histoire de cette affection ne laisse-t-elle pas à désirer! Malgré de récents et incontestables progrès, peut-on dire, en effet, que la valeur des symptômes en soit bien déterminée? Les altérations anatomiques bien connues dans leur nature, dans leur forme même? Le traitement surtout est-il sûr et précis? Bien loin de là; il est précaire, incertain, au point que chaque école, chaque homme a son système qu'il vante à l'exclusion de tous les autres, et que telle méthode, qui brillait hier du plus vif éclat, est aujourd'hui oublié pour telle autre qui, à son tour, sera abandonnée demain.

Quelles sont les causes qui peuvent ainsi entraver l'avancement de la science? C'est 1° l'esprit de système qui nous tient asservis ici aux théories laiteuses, là à celle de l'irritation, et qui toujours nous fait sacrifier les fruits lents mais sûrs de l'observation, aux rêves brillants d'une imagination trompeuse; 2° l'isolement, le mépris du passé, qui nous porte à nous renfermer dans la sphère nécessairement rétrécie de nos observations propres, et à borner en quelque sorte l'horizon de la science aux limites de notre vue individuelle; 3° la marche vicieuse suivie jusqu'à ce jour pour arriver à connaître la nature de cette grave affection; enfin, sa confusion avec d'autres maladies, dont elle est tout à fait distincte.

§ Ier. *Clinique de la fièvre puerpérale.*

TRENTE-CINQUIÈME OBSERVATION. *Accouchement naturel. Symptômes de métro-péritonite, de gastro-entérite et de méningite; guérison.* — La femme V...., de B...., âgée de trente-deux ans, de taille moyenne, ayant peu d'embonpoint, habituellement bien portante, accoucha naturellement de son sixième enfant, le 17 novembre 1846. Le travail fut assez long et douloureux. Jusqu'au cinquième jour, les suites de couches étaient heureuses. Le sixième, les lochies se supprimèrent, les seins s'affaissèrent, un grand frisson se déclara et fut bientôt remplacé par une chaleur brûlante. Les septième, huitième et neuvième jours, fièvre avec douleur et pesanteur vers l'hypogastre.

Je vis la malade pour la première fois, le dixième jour de ses couches, cinquième de sa maladie; voici son état : face altérée, pâle; les lochies ne coulent plus depuis cinq jours; l'abdomen est souple et indolent. A l'hypogastre on sent une tumeur arrondie, dépassant le pubis d'un à deux travers de doigt, peu douloureuse à la pression; le col utérin est tuméfié, peu sensible à la pression; sentiment de douleurs sourdes aux aines; la fièvre est assez forte; il y a peu de soif, anorexie, langue blanche, bouche amère, les gencives sont couvertes de plaques blanchâtres, pultacées. Je crus à une métrite puerpérale et je pratiquai une saignée du bras de douze onces. Mille parties de ce sang soumis à l'analyse chimique m'ont donné :

en sérum	en globules	en fibrine	en eau	en matériaux solides	en albumine
865,3	132,5	2,2	7,80	85,3	74

Je fus frappé de la composition du sang de cette femme; aussi ne tardai-je pas à modifier mon diagnostic et à admettre l'existence d'une fièvre puerpérale. On voit combien ce sang était pauvre en fibrine; aussi le caillot était-il mou et n'offrait qu'une couenne imparfaite, irisée.

Le trentième jour, la convalescence est franchement déclarée ; les lochies et le lait n'ont pas reparu.

Les symptômes primitifs pouvaient induire en erreur sur la véritable nature de cette affection ; qu'il y ait eu métrite, puis métro-péritonite, qu'il y ait eu ensuite gastro-entérite et méningite, la chose est possible ; mais au moins ces phlegmasies n'étaient pas franches, elles différaient beaucoup sous le rapport de leurs symptômes et de leur marche de ce qu'elles sont quand elles sont isolées ou franchement inflammatoires ; c'est ainsi que dans la fièvre typhoïde on voit souvent se déclarer des symptômes qui appartiennent à l'une ou l'autre inflammation des organes splanchniques, mais qui éprouvent une profonde modification de l'affection pyrexique existante. Ici, comme dans la fièvre puerpérale, ces phlegmasies peuvent être cause, complication ou élément de l'affection générale qui, à travers le cortége de symptômes phlegmasiques existants, n'offre pas moins quelques caractères saillants qui échappent rarement à l'œil observateur du praticien consommé. C'est ainsi que, dans le fait précédent, l'altération de la face, sa pâleur, la stupeur, l'hébétude, le délire non continu ; l'état des gencives, des dents, des lèvres, de la langue ; la nature des selles ; la prostration ; la gangrène de la surface des vésicatoires ; les évacuations urinaires et alvines involontaires, constituaient bien le cachet d'une pyrexie. Mais ce qui prouvait encore mieux la nature de cette affection, c'est le résultat de l'analyse chimique du sang : nous savons que, en santé, le sang de la femme en couches offre pour caractère essentiel un chiffre élevé de fibrine et un abaissement de celui des globules. Or, s'il y eut eu métrite, ou métro-péritonite franchement inflammatoire, l'élévation du chiffre de la fibrine eut encore été plus considérable, puisque, comme nous l'avons vu en traitant de la nature de ces phlegmasies, ce chiffre augmente dans ces affections. Cet état du sang se rapprochait donc de celui que l'on rencontre habituellement dans les fièvres graves, avec lesquelles la fièvre puerpérale offre plus d'un point de contact.

TRENTE-SIXIÈME OBSERVATION. *Fièvre puerpérale inflammatoire, sporadique, avec apparence de diverses maladies réunies, telles que fièvre miliaire, métrite, gastro-entérite, cystite,*

lante, la figure rouge, la tête peu douloureuse, les pupilles dilatées, la vue trouble, bourdonnement des oreilles ; elle est couchée en suppination, elle offre de la prostration ; les mamelles restent flasques et sans lait ; le pouls est à 90 par minute, il est régulier et sans force ; la langue est un peu plus humide, mais toujours très-rouge ; les yeux sont encore larmoyants et sans expression ; ses réponses restent justes, selle obtenue par lavement. Les parties génitales externes sont gonflées et rouges. Après avoir vidé la vessie au moyen du cathétérisme, j'ai pu palper le globe utérin qui dépasse encore un peu le rebord des pubis et conserve de la sensibilité. — Traitement : six sangsues derrière chaque oreille ; tenir les parties génitales propres et couvertes de fomentations émollientes ; lavements émollients.

Le soir, je l'ai sondée de nouveau ; cette fois les urines sont moins rouges et plus copieuses. Le pouls est plus petit ; délire presque continuel ; ballonnement du ventre. Vésicatoires aux mollets.

Le septième jour, elle a été assoupie presque toute la nuit, et si elle s'est éveillée quelques instants, c'est pour délirer ; sa figure est moins colorée ; l'humeur qui s'écoule des yeux est plus épaisse ; la peau est moins chaude ; le pouls est à 75, plus large et plus mou ; le ventre est moins ballonné, la région hypogastrique moins sensible, moins tuméfiée ; les parties génitales moins rouges et moins gonflées ; la rougeur de la langue, qui est plus large et plus humide, diminue ; absence de lochies et de lait ; assoupissement presque continuel ; si on l'éveille et qu'on la questionne avec force, elle essaie d'articuler quelques sons que l'on ne peut comprendre ; elle pousse quelques gémissements et se rendort. En lui parlant sur un ton plus élevé, elle m'a fait voir sa langue et m'a donné son bras ; lui ayant demandé si elle souffrait, elle m'a fait un signe négatif, mais, à peine avais-je fini de la questionner, que déjà ses yeux étaient refermés et qu'elle était rendormie. Elle reste couchée en suppination, dans un état d'abandon, de prostration complète : elle remue difficilement les membres. Même traitement.

Le soir, elle ne semble pas sentir ses vésicatoires ; le pouls bat 80 fois par minute ; la chaleur de la peau est diminuée ; elle a beaucoup dormi, mais moins profondément, et quand on l'interroge, on en obtient quelquefois une réponse juste. La région du sacrum commence à se déchirer.

Le huitième jour, elle boit mieux ; les lochies coulent plus abondamment ; je dois toujours la sonder ; le sommeil n'est plus si profond ; le délire est diminué ; le pouls, petit, est à 80 ; la toux est plus rare ; la langue est beaucoup moins rouge, son épithélium s'enlève, ce qui la rend lisse et sensible ; il y a soif, anorexie ; le ventre est souple, les selles restent rares. — Traitement : idem. Un peu d'hydrogala et de bouillon de veau.

Le neuvième jour, la nuit, elle a beaucoup souffert de ses vésicatoires qui donnent peu et que je ne cherche pas à entretenir ; pouls plus plein, 75 fois par minute ; les lavements restent sans effet ; le ventre un peu ballonné, lui occasionne du malaise. La rougeur et la

sensibilité de la langue diminuent, l'appétit se fait sentir. La vue et l'audition sont mieux ; la somnolence disparaît, ainsi que la prostration ; la sensibilité générale renaît ; le raisonnement est plus juste ; le lait ne revient pas. Lavements purgatifs ; du reste, idem.

Le dixième jour, le mieux fait des progrès ; la plaie du sacrum tend à se guérir ; quand elle tousse, si la vessie est pleine, l'urine s'écoule par suite de la compression de la vessie ; la langue est plus rouge et plus sèche ; le bouillon de veau qu'elle a pris hier, lui a paru salé, bien qu'il ne l'était pas ; elle transpire beaucoup de la tête.—Traitement : lavements émollients ; fomentations émollientes sur le ventre ; je fais entretenir les vésicatoires.

Le douzième jour, elle est beaucoup mieux ; la langue a perdu de sa rougeur et de sa sécheresse ; la soif diminue, l'appétit reparaît. J'accorde un peu plus d'aliment.

Le quatorzième jour, le mieux fait des progrès sensibles ; les urines s'écoulent naturellement, je cesse de la sonder ; mais la miction n'a encore lieu que par de grands efforts et quand elle est à genoux. Les lochies continuent de couler ; la sécrétion laiteuse reste supprimée ; la convalescence commence.

Le vingt et unième jour, guérison, sans retour du lait.

Ici encore, l'analyse chimique du sang est venue mettre sur la voie de la nature de l'affection ; sans elle, n'eut-il pas été rationnel d'admettre une fièvre miliaire d'abord ; ensuite une métrite, une métro-péritonite, une gastro-entérite, et enfin, une encéphalite? Nous avons considéré toutes ces phlegmasies comme n'étant pas franches, et entrant dans l'histoire pathologique de la fièvre puerpérale, comme éléments de la pyrexie qui semble avoir présidé à leur développement.

TRENTE-SEPTIÈME OBSERVATION. *Fièvre puerpérale simple.*— La femme Simon B....., de F....., âgée de trente-cinq ans, mère de quatre enfants qu'elle a eus à terme et qu'elle a allaités, est de taille moyenne, d'un tempérament lymphatico-sanguin ; elle a eu un ramollissement rachitique des vertèbres dorsales d'où est résultée une gibbosité assez prononcée, elle en est guérie. Elle est ménagère, sans fortune ; elle eut une cinquième grossesse qui fut régulière et pendant laquelle elle fut saignée pour combattre des symptômes de pléthore, qu'elle avait également éprouvés aux autres grossesses ; elle accoucha facilement et promptement de son cinquième enfant le 3 octobre 1837 ; les suites de couches étaient heureuses ; les lochies coulaient bien ; la fièvre de lait avait été modérée ; la sécrétion laiteuse était assez abondante ; les sueurs puerpérales avaient été copieuses ; les tranchées utérines faibles, quand, le sixième jour de ses couches, elle apprit inopinément la mort de son père ; aussitôt il y eut suppression des lochies, diminution de la sécrétion laiteuse et fiè-

vre assez intense, caractérisée par de la chaleur à la peau, de la rougeur à la face, de la céphalalgie gravative, de la courbature, un sentiment de faiblesse général, de l'impatience dans les membres, de l'insomnie, de la somnolence avec rêvasserie, de la soif, de l'anorexie, des urines rares et rouges, de la diarrhée ; le pouls était mou, large, et battait 90 fois à la minute ; inquiétude sur l'issue de sa maladie. — Traitement : je fais continuer l'allaitement, éviter le froid, les visites, les émotions morales ; diète ; lavements émollients ; tisane de chiendent. Saignée de dix onces. Caillot mou, volumineux, sans couenne ; sérum verdâtre, limpide. L'analyse chimique de ce fluide a donné par 1000 parties :

en sérum	en globules	en fibrine	en eau	en matières solides	en albumine
852	145,7	2,4	885	67,9	47,3

Le huitième jour des couches (troisième de la maladie), la respiration est libre, il y a peu de toux, la langue est large et humide, tendant à se sécher et couverte d'un léger enduit jaunâtre ; l'abdomen est tympanisé et sans douleur ; l'utérus dépasse encore le rebord des pubis, il est indolore ; il y a tendance à la sueur ; les lochies restent supprimées, elles n'ont plus reparu même pendant la convalescence de la maladie, ce qui n'a pas empêché le retrait de la matrice de se faire normalement. Il y a toujours un peu de lait dans les seins, qui, cependant, sont flasques, et l'enfant tette sans paraître en éprouver d'influence fâcheuse ; elle a offert un urticaire passager.

Le cinquième jour (onzième des couches), les sueurs sont assez abondantes, surtout la nuit ; il y a du dévoiement, les fèces répandent une odeur infecte ; le ventre est souple, aplati ; la fièvre continue et, par moment, elle offre de l'exaspération ; la malade se décourage, dit qu'elle succombera ; de temps en temps, surtout la nuit, il y a du délire ; les selles s'écoulent quelquefois involontairement et sans que la malade ne s'en aperçoive ; elle prétend qu'elle ne dort pas ; cependant son mari, qui la soigne, m'assure qu'elle dort peu, mais qu'elle dort par moment d'un sommeil agité, quelques plaques pultacées, blanches, se remarquent sur les gencives ; quelques sudamina existent sur la poitrine et au cou ; il n'y a pas de pétéchies ; il existe quelques râles muqueux dans les bronches. Médecine spectante.

Le septième jour, la prostration, la stupeur et le dévoiement sont augmentés ; le moral est très-abattu et très-inquiet. Décoction blanche de Sydenham ; eau d'orge ; quatre quarts de lavement d'amidon en vingt-quatre heures.

Le onzième jour, la faiblesse augmente ; du reste même état ; même traitement.

Le dix-septième jour, le dévoiement diminue, les autres symptômes persistent, la maladie semble rester stationnaire. Continuation.

Le vingt-troisième jour, le dévoiement est arrêté ; il y a un peu plus de lait aux seins ; depuis le commencement de la maladie il n'existe aucune douleur ; cessation du délire ;

la malade dort davantage, elle le perçoit bien ; il y a moins de stupeur, moins de prostration, un peu d'appétit. J'accorde un peu d'aliment.

Le vingt-septième jour, la malade entre en convalescence ; elle se rétablit assez vite.

Cet exemple de fièvre puerpérale sporadique nous a paru digne d'attention et plein d'intérêt.

La maladie n'a débuté que le sixième jour des couches et sous l'influence d'une cause morale, forte et instantanée : nous ferons observer que

1° Cette femme étant pauvre a dû, pendant la malheureuse année de 1846-1847, se nourrir de mauvais aliments, supporter des privations de plusieurs genres, dont les effets les plus saillants se font ressentir dans la composition élémentaire du sang, dont la fibrine et les globules diminuent sensiblement ; or, un état pareil dispose manifestement à la fièvre puerpérale, et, lorsqu'il existe chez une nouvelle accouchée, il n'est pas surprenant de voir l'action d'une cause énergique, quoique passagère, donner lieu à la maladie précitée.

2° Une cause morale vive, un chagrin profond et d'une assez longue durée, tend aussi à produire, dans le sang, une altération qui consiste en une diminution proportionnelle de sa fibrine, et dispose ainsi l'économie aux affections qui peuvent résulter de cette altération. Nous avons plus d'une fois observé des gastralgies et des gastrorragies, suites de longs et cuisants chagrins ; dans ces cas, le nerf trisplanchnique paraissait l'organe particulièrement souffrant, et l'analyse du sang démontrait un chiffre très-bas de fibrine et un chiffre élevé de globules. Est-ce en troublant les fonctions de ce nerf, et par suite celles des organes auxquels il se distribue qu'agissent les affections morales tristes ?

Ici, les symptômes ne se rattachaient à aucune lésion locale ; ils étaient généraux et caractérisaient bien une fièvre puerpérale simple, circonstance rarement observée. Cette assurance diagnostique était augmentée par les propriétés physiques et chimiques du sang, dont l'analyse a été la principale cause pour laquelle nous n'avons employé que si peu d'évacuations sanguines ; sans elle, nous aurions pu suivre la routine générale, employer avec profusion ce moyen de traitement, et, en diminuant ainsi

les ressources naturelles de cette femme, nous aurions pu donner à la maladie une issue funeste.

L'insomnie, le dévoiement, la fétidité des fèces, la fièvre, l'absence de maladie locale, la suppression des lochies, les sudamina, les plaques blanchâtres des gencives, les rêvasseries, le délire passager, la stupeur, la prostration, le découragement, l'état du sang, les circonstances commémoratives, nous ont paru constituer un diagnostic certain que l'on rencontre même rarement aussi bien caractérisé et aussi dégagé de ces complications inflammatoires auxquelles tant d'auteurs ont cherché à rattacher la fièvre puerpérale.

Ce cas de fièvre puerpérale a présenté un phénomène assez digne de remarque : c'est la suppression complète des lochies dès le début de la maladie, suppression qui n'a pas disparu, même lorsque la pyrexie fut combattue. Généralement il n'en est pas ainsi, et s'il advient que, dans le cours de cette affection, elles se suppriment, généralement aussi elles ne tardent pas à reparaître en quantité et en qualité variable. Cette suppression si complète n'a pas empêché le retrait de l'utérus, son retour normal, ce qui porte à croire que les lochies ne sont pas absolument nécessaires à l'accomplissement de ce phénomène.

§ II. *Pathologie de la fièvre puerpérale.*

Dans la fièvre puerpérale ainsi que dans les fièvres graves dont la nature est inconnue, qui affectent si puissamment l'organisme et que l'on a voulu, toujours vainement, rattacher à une lésion locale, l'histoire des causes est pleine d'incertitude.

D'après ce que nous dirons plus loin de la nature de la fièvre puerpérale, il nous a semblé que l'on pouvait ranger dans quatre classes les causes de cette maladie ; dans la première se trouveraient les causes matérielles susceptibles d'altérer le sang ; dans la deuxième, celles qui sont susceptibles de déterminer la fermentation de ce fluide ; dans la troisième, celles dont l'air est le véhicule, ainsi que la contagion ; dans la quatrième, les causes secondaires, prédisposantes et occasionnelles.

et les glandes lymphatiques semblent donc convertir une partie de l'albumine du chyle en fibrine par une action particulière de leurs parois. Cette influence de leur part sur la composition des liquides qu'ils contiennent, paraît subir un changement dans certaines maladies, ou bien eux-mêmes souffrent de l'action exercée sur leurs parois par des liquides d'une composition vicieuse. » Ainsi, une lymphangite qui troublera l'action de ce système vasculaire ; l'affection d'un autre organe qui aura sur lui la même influence ; la formation de pus dans les canaux, le mélange de cette matière avec la lymphe ; l'absorption par les lymphatiques utérins de substances altérées ; l'introduction dans les vaisseaux lactés d'un chyle de mauvaise nature, sont à même d'altérer le fluide blanc qui circule dans ces vaisseaux, qui, alors, au lieu de rendre au sang une lymphe normale, une dissolution d'albumine et de fibrine, ne rendront qu'une lymphe altérée, soit dans l'un ou l'autre de ses éléments, soit dans les deux à la fois ; l'on conçoit que cette circonstance devra déterminer dans le fluide sanguin une modification de composition qui portera sur la fibrine ou l'albumine. Il est à noter que les parties liquides du sang qui ne servent pas à la nutrition, sont ramenées dans la masse de ce liquide par les vaisseaux lymphatiques. Il est facile, d'après cela, de comprendre que la lymphe doit nécessairement ressembler à la partie liquide du sang sous le point de vue de la composition, et le sang lui-même doit être composé de lymphe, c'est-à-dire de fibrine et d'albumine dissoutes, et de globules. Si donc l'altération de la lymphe, quelqu'en soit le motif, porte sur la fibrine ; que la diminution de celle-ci soit assez considérable et durable, elle pourra donner lieu à la même altération dans le sang et produire, chez la nouvelle accouchée, la fièvre puerpérale, qui, comme nous verrons plus loin, consiste particulièrement en une dissolution du sang, en une diminution plus ou moins considérable du chiffre de sa fibrine. De plus, nous avons cité des faits qui prouvent que le système lymphatique peut être le véhicule de la matière purulente dans le sang, et, par suite, de l'introduction, dans ce fluide, de substances capables d'en altérer la composition : n'a-t-on pas en effet trouvé du pus jusque dans le canal thoracique ?

Les veines peuvent aussi devenir cause de fièvre puerpérale; dans les nécropsies que nous avons rapportées, nous avons vu que ce système vasculaire était fréquemment lésé, que souvent le liquide qu'il charriait était mélangé de pus; nous avons fait connaître les symptômes particuliers qui indiquaient l'introduction du pus dans le sang; nous avons vu que ces symptômes étaient ceux de la fièvre typhoïde ou puerpérale. Mais il est une distinction importante à établir relativement à l'infection purulente qui résulte de l'intoxication du sang par le produit de la phlegmasie vasculaire et celle qui résulte de l'absorption, par les veines, de substances altérées : là, la fièvre puerpérale sera accompagnée du développement d'abcès multiples; ici, ce phénomène pathologique sera rare et moins prononcé. Car les veines, sans être enflammées, peuvent devenir cause de l'altération du sang, 1° par leur absorption, 2° par leur imbibition. Avant la découverte des vaisseaux lymphatiques par Aselli en 1622, on attribuait l'absorption aux veines. Depuis cette découverte et quand on eut appris à connaître les lymphatiques dans la plupart de nos organes, on les considéra comme les seuls agents de l'absorption. Le fait du passage immédiat de substances étrangères dans le sang sans la coopération des lymphatiques eut besoin, pour être trouvé, d'une longue série d'expériences parmi lesquelles on distingue celles de Magendie, Emmert, Lawrence, Coates, Tiedemann, Gmelin, etc. Ces expériences ont mis hors de doute l'absorption veineuse. Ainsi l'absorption interstitielle est double; elle a lieu par les veines et les lymphatiques; cette propriété permet aux veines d'absorber des matières altérées, susceptibles, en se mélangeant au sang, de détruire une partie plus ou moins considérable de sa fibrine, de le rendre diffluent et de produire ainsi la fièvre puerpérale. Outre l'absorption lymphatique et veineuse, existe aussi la perméabilité des membranes organiques pour les gaz et les liquides. « On a longtemps fait dépendre, dit Muller (1), le passage des liquides dans les vaisseaux capillaires d'une faculté absorbante qui appartiendrait en propre aux veines; mais il est facile de prouver qu'il y en a qui pénètre dans les capillaires sans le con-

(1) Ouvrage cité, tome I, page 185.

cours de cette prétendue faculté, et que, quand cet effet a eu lieu, ils se mêlent immédiatement avec le sang veineux, parce que tout le sang contenu dans les capillaires était dans la direction des artères vers les veines et de celles-ci vers le cœur. Le phénomène primaire du passage immédiat de substances dissoutes, dans le sang, est l'imbibition des parties animales, même mortes, par les fluides qui s'introduisent dans leurs pores invisibles. » Ainsi, quand bien même les sinus utérins seraient obstrués par des caillots, l'imbibition des membranes par des matières en décomposition, dissoutes, liquides ou gazeuses, peut devenir cause d'altération du sang, et, par suite, de fièvre puerpérale.

2° Altération du sang par un ferment. La putréfaction de quelques caillots retenus dans la cavité utérine, et mieux encore des petits bouchons de sang congulé qui ferment les orifices veineux béants à l'intérieur de l'utérus, donnent lieu à la formation de quelques produits toxiques, dont une seule molécule une fois en contact avec le sang, si abondant encore dans les sinus, joue le rôle d'excitateur dans ce liquide si disposé par sa nature à se prêter à toutes les transformations; et peut-être en est-il de cette molécule, qui est un produit de la décomposition du sang, comme de la levure qui est un produit de la décomposition du gluten introduit dans un liquide qui en contient les éléments; elle s'y reproduit de proche en proche par une série de décompositions successives, d'où résulte une intoxication générale. Telle est une des sources possible et certainement probable, de la viciation du sang qui peut donner lieu à la fièvre puerpérale (1).

3° Altération du sang par un miasme infecteur. C'est aux constitutions atmosphériques qu'il faut attribuer ces grandes épidémies qui envahissent tout à coup une contrée entière, se montrent sur tous les points en même temps et partout avec la même forme; c'est encore à elles que sont dus ces cas isolés de fièvre puerpérale que l'on rencontre dans la pratique civile, chaque fois qu'une épidémie règne dans les hôpitaux. Reste à examiner en quoi consiste la viciation de l'air sous l'influence de laquelle se développe

(1) J. Liebig, *Chimie organique*. page 551 et suivantes.

la fièvre puerpérale, ce que sont les miasmes délétères. La solution d'une semblable question serait de la plus haute importance, mais la science est toute à faire sur ce sujet. Les miasmes délétères, ou particules qui se répandent dans l'air, ont été jusqu'ici inaccessibles à nos sens; ils ne nous sont connus que par leurs effets. Les sécrétions et les émanations qui s'échappent du corps des nouvelles accouchées rassemblées en grand nombre dans les hôpitaux qui leur sont destinés; le voisinage de quelques établissements où séjournent des matières animales ou végétales en putréfaction; telles sont les causes principales d'où l'on a fait dépendre la viciation de l'air et l'empoisonnement miasmatique du sang. « Loin de nous, dit Paul Dubois, l'idée de mettre en doute ces influences fâcheuses; mais nous ne pouvons nous empêcher de penser que ce ne sont là que des agents secondaires, dont la puissance se manifeste surtout, et peut-être exclusivement, dans certaines conditions atmosphériques et sous l'influence de ce *quid divinum,* d'un principe épidémique enfin, aussi inconnu dans son essence et dans sa source, que celui du choléra, de la grippe, etc. Pourquoi, sans que les conditions hygiéniques d'un hôpital et des lieux circonvoisins soient changées, sans diminution notable dans la population et le nombre des accouchements, voit-on, non pas certainement sans exception, mais fort souvent, l'état sanitaire rester satisfaisant, ou du moins les cas de maladie être rares et isolés? L'hôpital général d'accouchement de Westminster, à Londres, qui ne contient que quarante à cinquante lits, très-bien construit et distribué, parfaitement tenu sous tous les rapports, est entouré d'égouts ouverts qui reçoivent toutes les immondices du quartier de Lambeth. Cette circonstance est considérée comme ayant une grande influence sur le développement des épidémies horriblement meurtrières de fièvre puerpérale qui y sévissent en 1828, 1829, en 1835, 1836 et 1838 (1). Mais pourquoi, toutes ces circonstances restant les mêmes, la maladie ne se montre-t-elle pas dans les années intermédiaires épidémiquement, mais seulement sous la forme sporadique? Ne semble-t-il pas aussi que l'influence des miasmes qui s'élèvent de ces égouts doit être particulièrement délétère

(1) Id. *Rigby's Midwifery*, page 272.

pendant les chaleurs? Eh bien! c'est pendant les premiers et les derniers mois de l'année que la maladie exerce le plus de ravages; et, chose remarquable, dans l'espace de douze ans, de 1827 à 1838, pas une femme ne succombe en juillet, dans un hôpital où la maladie a quelquefois sévi au point qu'en une année (1838) pendant laquelle la maison avait pourtant été fermée à deux reprises, une fois pendant six mois, sur vingt-six malades, vingt succombèrent! L'hôpital d'accouchement de Dublin est, sous le rapport de sa situation, de sa construction, de sa distribution intérieure, dans les conditions hygiéniques les plus favorables, et pourtant beaucoup d'épidémies y ont régné depuis l'origine, malgré le prompt isolément des malades, malgré le soin qu'on prend de ne laisser chaque salle occupée qu'un petit nombre de jours, et de ne la rouvrir qu'après avoir lavé les murs à l'eau chlorurée, qu'après y avoir fait des fumigations et avoir aéré, et, au besoin, renouvelé la literie. Certaines années ont été particulièrement remarquables sous ce rapport, et ce qui ne l'est pas moins, c'est que le nombre des admissions, toujours considérable (près de trois mille annuellement), n'avait pas été moindre les années où la mortalité était très-faible. »

« On voit, d'après ce qui précède, qu'il ne faut pas exagérer l'influence des grandes réunions de femmes enceintes ou accouchées. Mais, d'ailleurs, croit-on que les petits établissements soient exempts de tous désastres? L'hôpital d'accouchement de la Cité de Londres est en bon air, sans voisinage insalubre; il pourrait certainement servir de modèle aux hommes qui s'affligent de la mortalité dont ils sont témoins parmi nous, et qui indiquent, comme remède infaillible, l'établissement d'un nombre plus ou moins considérable de petits hôpitaux à la place des deux grandes maisons que nous possédons. Croit-on que cette petite maternité échappe aux épidémies de fièvre puerpérale? Il n'en est rien; et si l'on veut se faire une idée de la violence avec laquelle la maladie y a quelquefois sévi, qu'on lise ce qu'un ancien médecin de cette maison, Hulme, dit de la gravité de cette affection : « La fièvre puerpérale n'est pas moins à craindre que la peste; l'une ne fait pas moins de victimes que l'autre, etc. (1). » Sans quitter Londres, continue

(1) *A treatise on the puerperal fever*, page 29.

sous l'influence de laquelle se développe la fièvre puerpérale ; en effet, s'il n'en était ainsi, l'on verrait régner continuellement cette maladie dans les maternités où toujours se trouvent réunies un nombre considérable de femmes en couches. Ce quelque chose de plus est ce que l'on est convenu d'appeler miasme, dont l'existence ne nous est révélée que par ses effets et dont les propriétés sont inconnues. « Mais, dit Tonnelé, en observant leur mode d'action dans des circonstances bien connues, en rapprochant leurs effets différents suivant les localités, on peut apprécier l'étendue de leur puissance. Ainsi, à l'exception de ces grandes époques épidémiques, qui n'apparaissent que de loin en loin, quand on voit dans la pratique civile les fièvres puerpérales ne présenter que des cas isolés et peu graves, alors même qu'elles désolent les hôpitaux, n'est-on pas en droit de penser que la constitution atmosphérique qui a présidé à son développement, n'a pas agi seule? Ne faut-il pas admettre que, dans les maisons d'accouchement, il existe des conditions particulières qui non-seulement impriment à la maladie une forme épidémique, mais encore prolongent sa durée en même temps qu'elles lui donnent un caractère plus terrible? » Ne pourrait-on dire, avec juste raison, que l'influence de l'air des hôpitaux sur le développement et les caractères de la fièvre puerpérale est à l'influence de l'air de la ville sur la même affection, comme celle des villes est à celle des campagnes? Si l'on consulte, en effet, les annales de l'art sur les relations de fièvres puerpérales épidémiques, si l'on consulte les ouvrages dogmatiques sur cette partie de la pathologie des nouvelles accouchées, l'on remarquera que l'affection qui nous occupe est bien plus commune dans les grands centres de population que dans les petites villes, et bien plus communes ici que dans les villages. Je ne connais, en fait d'épidémie de fièvre puerpérale que celle qui a régné dans le mois de germinal an VII, à Creteil, près Paris, et sur laquelle le docteur Lafisse a donné quelques détails. Il résulte donc que les grands centres de population peuvent être considérés comme cause prédisposante de cette pyrexie, et comme propres à favoriser l'action du miasme infecteur.

L'infection, et peut-être la contagion, dit Voillemier (1), ne sont pas

(1) *Journal des conn. médico.-chirurg.*, décembre 1839, page 224.

oins puissantes que les causes précitées. Lorsque plusieurs salles de Hôtel-Dieu étaient affectées au service des femmes en couches, il en ourait une sur quinze et une fraction, tandis qu'il n'en mourait qu'une ır cent et dix à Dublin, une sur cent vingt-huit à Manchester, une sur ente et une à Londres. Cette différence semblait dépendre de la réunion ɔ conditions favorables au développement de l'infection. Aujourd'hui ı'on a tâché de parer à ces inconvénients, on est loin d'avoir atteint le ıt, c'est-à-dire d'avoir rendu la mortalité aussi rare que dans les maisons 'accouchement anglaises. D'après A.-C. Baudelocque (1), à la maison d'acɔuchement de Paris la mortalité est d'un sur vingt-deux accouchées; en 838, d'après Voillemier, à l'Hôpital des cliniques elle a été d'un sur ingt et une fraction. C'est que dans les améliorations qu'on a apportées, n a attaqué qu'incomplétement la cause la plus puissante de la mortalité, n même temps qu'on laissait subsister d'autres causes secondaires particuères à chaque établissement, et qui, réunies, ne laissent pas d'avoir une ıfluence des plus funestes. Ainsi la réunion d'un nombre plus ou moins ɔnsidérable de nouvelles accouchées dans un même établissement, dans n même local; le renouvellement plus ou moins imparfait de l'air; l'éléation excessive de la température à certaines époques de l'année; le voisiage d'amphithéâtres ou d'autres endroits d'où s'élèvent des miasmes délélères, etc.

L'encombrement, que tous les auteurs ont signalé comme une cause de ıortalité puissante, ne peut avoir sur les nouvelles accouchées une action ıoins funeste que sur les autres malades. La réunion d'un grand nombre 'accouchées a des effets désastreux sur le développement, l'intensité et la ravité de la fièvre puerpérale; elle ne saurait être efficacement combattue ar l'isolément au moyen d'une cloison et d'un rideau, comme à la Maernité de Paris. Il faudrait des établissements multiples, bien situés, onvenablement distribués, très-vastes et ne contenant chacun qu'un petit ombre de femmes; à ce prix là seul on pourrait espérer la cessation de es épidémies si fréquentes qui déciment les femmes en couches.

(1) *Traité de la péritonite puerpérale.*

La fièvre puerpérale épidémique reconnaît donc bien manifestement pour cause un miasme infecteur répandu dans l'atmosphère; cette substance inconnue dans sa nature, dans ses propriétés physiques et chimiques, ce corps subtil, dont l'origine, le développement, la manière d'agir sont ignorés, et que l'on ne connaît, que l'on admet que par ses effets malfaisants sur l'économie, est la chose qu'il importerait le plus de connaître dans la pathologie de la fièvre puerpérale. La connaissance de cette altération de l'air contribuerait à donner une explication satisfaisante des diverses formes épidémiques de la maladie, des succès et des insuccès des diverses médications préconisées contre elle, des moyens préservatifs à employer, et, probablement, des moyens curatifs. Ce principe d'infection est-il toujours le même? S'il varie de nature, n'est-il pas aussi susceptible de varier dans son action, dans ses effets, de donner au génie épidémique une forme et des propriétés particulières? La quantité et les qualités de ce miasme n'ont-elles pas quelque influence sur le développement de la maladie, sur sa forme, sur sa gravité, sur sa thérapeutique? Est-ce à cette différence que serait particulièrement due la préférence que la fièvre puerpérale épidémique semble affecter pour les grands centres de population, pour les vastes hôpitaux? Serait-ce aux mêmes circonstances que l'on devrait attribuer son extension plus considérable, sa marche plus prompte, sa gravité plus grande dans les hôpitaux que dans le civil, et bien d'autres problèmes importants, insolubles jusqu'à ce jour, et qui, comme les précédents, resteront encore longtemps voilés si l'on continue à étudier la maladie d'après les méthodes suivies jusqu'ici? C'est, selon nous, à la chimie et à la physique qu'il faut s'adresser, dans les cas de fièvre puerpérale épidémique, pour parvenir à saisir, à connaître ce principe qui détermine et propage la maladie, si l'on veut arriver à des résultats utiles pour la science, avantageux pour l'humanité. Et pour retirer de ces recherches physico-chimiques des résultats satisfaisants, le médecin, si favorablement doué qu'il puisse être et de la nature et de la science, doit décliner sa compétence, et se faire aider par des hommes spéciaux qui ont l'habitude de ce genre de recherches, qui possèdent à fond les sciences qui les concernent, et à qui rien n'échappe ni sous le rapport des résul-

tats, ni sous celui des méthodes à suivre. Resterait au médecin de faire l'application de ces données aux divers cas pathologiques qui peuvent exister.

Nous pensons donc que tant qu'on étudiera la fièvre puerpérale épidémique dans ses causes, ses symptômes, son anatomie pathologique, l'on ne reculera pas les bornes de la science à son égard, on laissera les connaissances acquises dans le *statu quo*, et sa thérapeutique conservera son incertitude, son peu d'efficacité; tandis que des recherches fructueuses sur le principe infecteur, changeraient la face de la science, quant à la pathologie de cette désastreuse affection. En effet, si ce miasme était connu dans sa nature, dans ses propriétés, dans son mode d'action, ces connaissances entraîneraient celles de points encore inconnus et douteux de la maladie; probablement aussi elles mettraient sur la voie de la découverte de certains moyens prophylactiques, capables de modifier ce poison subtil, de le neutraliser, et d'atténuer son action intoxicante sur le fluide sanguin.

D'après ce que nous savons de cet état de l'atmosphère sur la production de la fièvre puerpérale épidémique, la question suivante se présente tout naturellement à l'esprit. Comment ce principe infecteur n'empoisonne-t-il que les nouvelles accouchées et reste-t-il sans effet sur les femmes hors l'état puerpéral? Nous ferons d'abord observer que M. Paul Dubois a rencontré la fièvre puerpérale chez des femmes en vacuité, mais qui étaient soumises à l'infection. Nous dirons cependant que ces cas sont si rares, qu'ils doivent être considérés comme exceptionnels et probants de la prédisposition qui résulte de l'état puerpéral. Du reste, la solution d'une semblable question ne nous paraît pas plus facile ni plus possible que celle de la suivante : Pourquoi, dans la fièvre typhoïde épidémique, le miasme infecteur semble-t-il épargner certains âges, certains individus, les personnes qui en ont déjà été atteintes?

MM. Dugès et Baudelocque rejettent la contagion dans la fièvre puerpérale épidémique. « Nous avons vu, dit Dugès, maintes et maintes fois des femmes enceintes séjourner dans l'infirmerie, environnées de péritonites, sans en prendre le germe : nous avons vu, plus souvent encore, dans les

infirmeries, des femmes récemment accouchées arriver avec une maladie quelconque et ne point contracter la maladie régnante, malgré les miasmes qui les entouraient ; et si quelques exemples contraires s'étaient présentés, il eût été trop simple et trop naturel de les expliquer en pareil cas par une infection bien différente de la contagion des maladies à miasmes virulents. Jamais, dit-il, une élève sage-femme, chargée du soin de deux femmes à la fois, n'a transporté de la femme malade à la femme saine la péritonite, comme on dit l'avoir vu à Londres ; et jamais cette maladie ne s'est propagée de proche en proche dans les rangs des salles destinées aux femmes bien portantes. »

« Aurons-nous, dit Tonnelé (1), recours à la contagion pour expliquer le développement de la fièvre puerpérale ? Non, pour peu qu'on connaisse la disposition des salles de l'hôpital, on ne peut en effet admettre l'influence de cette cause ; une seule infirmerie rassemble toutes les maladies qui peuvent survenir à la suite des couches ; avec les fièvres puerpérales les plus graves se trouvent souvent réunies des affections légères. Certes, une telle disposition est bien propre à favoriser la contagion, et cependant nous n'avons rien observé qni peut y faire croire. A cela, ajoutons que les nouvelles accouchées, quoique placées dans des cellules isolées, n'en contractent pas moins la maladie ; que c'est même d'ordinaire dans ce lieu qu'elles en sont atteintes ; que souvent elles sont affectées immédiatement après l'accouchement et avant qu'elles aient eu communication avec les autres femmes. »

Voillemier (2) nous apprend « que M. P. Dubois penche vers la contagion ; je l'ai vu, dit-il, fréquemment recommander de ne point placer une nouvelle accouchée dans le lit où une malade venait de mourir, et même de la mettre dans une autre salle. Deux fois j'ai vu une nouvelle accouchée, placée dans un lit que venait de quitter une femme qui avait été atteinte de la fièvre puerpérale, être prise d'accidents graves et l'une d'elles succomber, tandis que les autres femmes placées dans la même salle n'éprouvaient rien de particulier. M. Dubois m'a communiqué qu'un des élèves de la Maternité, qui

(1) *Arch.*, tome XXII, page 349. — (2) Ouvrage cité, page 226.

n'était point enceinte, succomba, pendant une épidémie, à la maladie régnante, dont elle présenta les symptômes et les caractères anatomiques. M. Depaul, interne à la Maternité, avait déjà une fois accouché en ville une dame dont les suites de couches avaient été fort heureuses ; ayant eu occasion de lui donner encore une fois ses soins, mais à une époque où une épidémie régnait encore à la Maternité, et très-peu de temps après qu'il venait de faire une autopsie dans cet hôpital, il vit bientôt sa malheureuse malade prise de tous les symptômes d'une fièvre puerpérale à laquelle elle succomba. Ne doit-on pas croire que M. Depaul avait apporté par sa présence ou par le toucher les germes de la maladie au milieu de laquelle il vivait. »

« Une fois développée, dit P. Dubois (1), la maladie n'est-elle pas contagieuse? On ne sait encore rien de bien positif sur ce mode de propagation. Quand, dans un même établissement, plusieurs femmes sont successivement atteintes, il est à peu près impossible de dire s'il y a eu infection ou contagion. Que peut-on conclure, par exemple, de l'occupation, plusieurs fois de suite fatale, d'un même lit? La maladie s'est-elle communiquée aux nouvelles occupantes par les miasmes dont les matelas et les couvertures seraient restés imprégnés? Cela n'est pas impossible ; mais qui le démontre? Dans le doute, les précautions même inutiles, sont toujours bonnes à prendre, et suivant le besoin, l'aération prolongée, les fumigations ou le lavage des différents objets de literie, ne sauraient être négligés, et ne le sont jamais dans les établissements bien dirigés. Ce que nous venons de dire tant sous le rapport de la transmission possible, que sous celui des précautions à prendre, s'applique également à tous les objets destinés à la toilette des femmes en couches. Quand l'inoculation qu'on les a cru capables de produire serait imaginaire, et, je le répète, la question reste pendante, il n'est pas de précautions, pas de dépense, devant lesquelles on dût reculer. Si l'on pouvait conclure d'après les analogies, la contagion serait fort admissible. Beaucoup de médecins pensent qu'à un certain degré de gravité, la fièvre typhoïde est contagieuse. La relation de

(1) *Dict. de méd.*, art. *Fièvre puerp.*, page 342.

quelques épidémies ne laisse guère de doute à cet égard (1). Pourquoi n'en serait-il pas de même de la fièvre puerpérale; et si cette circonstance importante était prouvée, quel doute les esprits les plus prévenus pourraient-ils conserver sur la nature de cette maladie et sur la place qu'il convient de lui assigner dans le cadre nosologique? Il est, relativement à la contagion, un point plus controversible que ceux que nous venons de toucher. Il ne répugnera peut-être pas à beaucoup de médecins d'admettre une contagion directe d'une femme malade à une femme bien portante. Mais que penser d'une contagion indirecte, dont une personne saine serait en quelque sorte le véhicule, et qui n'aurait lieu d'une femme à une autre que par cette voie intermédiaire? La possibilité d'une pareille transmission a été soupçonnée d'après quelques faits dignes d'attention, sans doute, mais dont la signification et l'importance ont été singulièrement exagérées par l'ignorance, la malignité ou l'esprit de système, dont la relation n'est point assez circonstanciée, assez précise pour entraîner la conviction des hommes graves, et qui, d'ailleurs, tels qu'ils sont rapportés, ne se refusent pas à une interprétation plus naturelle. Sur une question si peu assise, le doute, au moins, est un devoir; des preuves nombreuses et irrécusables peuvent seules fixer la science relativement à un mode de transmission que repoussent, quant à présent, les idées généralement reçues en physiologie pathologique et en pathologie. »

D'après ces faits, d'après cette incertitude dans l'opinion d'auteurs également recommandables et par leur science et par leur position, nous croyons qu'il est prudent de conserver le doute sur la propriété contagieuse de la fièvre puerpérale épidémique, et, partant, de ne rien négliger pour la prévenir. Si, du reste, on réfléchit aux nombreux points de contact, aux nombreux traits de ressemblance qui existent entre la fièvre puerpérale et la fièvre typhoïde, l'on verra que ce doute est encore bien plus admissible. En effet, dans la fièvre typhoïde, les faits favorables à la contagion, sont bien plus nombreux, ils ont été recueillis par une quantité bien plus considérable d'observateurs; enfin, et bien que la contagion,

(1) *Voyez*, entre autres, une note du docteur Berland, insérée dans la *Gazette médicale* de 1842.

dans cette maladie, ne soit pas encore une chose bien prouvée et généralement admise, elle repose au moins sur des probabilités qui commandent le doute même aux antagonistes.

4° Causes secondaires, prédisposantes et occasionnelles. Les causes précitées doivent être considérées comme les causes véritables, essentielles de la fièvre puerpérale. Longtemps on a cru que le froid, et surtout le froid humide, était la modification atmosphérique qui avait le plus d'influence sur le développement de la fièvre puerpérale. Doublet, Chaussier, Delaroche, Tenon, Dugès, Baudelocque, après des investigations nombreuses faites à l'étranger et en France, arrivaient à cette conclusion, que les pays froids étaient ceux où les suites de couches étaient les plus fâcheuses. Nolt, après des recherches également consciencieuses, est parvenu à des résultats entièrement opposés, il pose en principe que les régions et les saisons chaudes sont très-favorables au développement de la maladie. White, Thomas Cooper partagent cette opinion. Les statistiques qui viennent de l'Allemagne, montrent combien les assertions de Doublet et de ses partisans éprouvent de fréquents démentis. D'après Tenon, l'on voit que la maladie s'est aussi bien développée pendant les chaleurs que dans les saisons froides. L'on a souvent confondu l'action du froid agissant comme cause épidémique essentielle avec celle du froid, simple cause occasionnelle. Le premier mode d'influence semble pouvoir être nié avec raison, le deuxième ne saurait l'être.

« Si, dit P. Dubois (1), le principe épidémique doit être invoqué, c'est particulièrement dans la forme typhoïde de la fièvre puerpérale. Mais, bien qu'il suffise à lui seul, indépendamment de toute autre influence, de toute prédisposition, il est cependant un certain nombre de causes prédisposantes et occasionnelles que l'on ne peut passer sous silence. » Ces causes, quoique généralement secondaires, méritent d'autant plus d'attention que, souvent, sans elles, la maladie ne se serait pas développée. Ces causes sont :

1° Les écarts de régime durant le temps de la grossesse, tels qu'une

(1) Ouvrage cité, tome XXVI, page 348.

alimentation insuffisante et toutes les privations de la misère; une habitation malsaine, une alimentation peu réparatrice, les chagrins de toute sorte, la débauche, l'excès du travail; les femmes, dont la grossesse s'est passée dans des conditions si destructives, portent déjà en elles, lorsqu'elles arrivent dans les hôpitaux pour y faire leurs couches, le germe de la maladie qui doit bientôt les emporter. Un amaigrissement quelquefois considérable, une altération déjà profonde des traits, l'aspect terreux de la face, la sécheresse de la peau, une diarrhée plus ou moins ancienne, une petite toux sèche, un léger mouvement fébrile, sont les tristes avant-coureurs d'une fièvre puerpérale à forme typhoïde caractérisée, qui éclate peu de temps après l'accouchement et tue presque infailliblement. « Nous avons vu, dit P. Dubois, des épidémies dans lesquelles le plus grand nombre des femmes qui succombaient, se trouvaient dans ces conditions fâcheuses; elles apportaient avec elles la maladie plutôt qu'elles ne la contractaient à l'hôpital; tandis que celles qui avaient séjourné plus ou moins longtemps au milieu du foyer d'infection semblaient s'être acclimatées, et offraient à l'invasion et aux progrès, presque toujours si rapides du mal, une résistance souvent heureuse. » Ces causes appauvrissant le sang en diminuant sa fibrine, l'on conçoit combien elles doivent être favorables au développement de la maladie. Voillemier a reconnu que l'abus des boissons alcooliques ne disposait pas à cette affection; ce qui se raisonne très-bien par l'excès de fibrine qu'offre le sang d'individus soumis à l'influence d'une cause semblable; aussi, observe-t-on chez les individus de cette catégorie des phlegmasies variées et aiguës, la pleurésie, le rhumatisme, etc.

2° Les maladies chroniques, existant antérieurement à l'accouchement, ont été reconnues favorables au développement de la fièvre puerpérale.

3° Les accouchements laborieux disposent aussi à cette affection. Dugès a constaté que sur quatre cent cinquante-six péritonites puerpérales, trente-deux avaient eu lieu à la suite d'une parturition artificielle, ce qui donne la proportion d'un sur quatorze. Dans ce cas, outre la disposition à la métro-péritonite par suite des nombreux efforts et des froissements de l'utérus, l'espèce d'anéantissement qui résulte, pour la femme, d'un accou-

chement artificiel, en diminuant les ressources de la nature, favorise l'action des causes auxquelles elle est exposée. Quelquefois ces manœuvres obstétricales agissent comme causes occasionnelles. Celles-ci qui, à toute autre époque, seraient sans résultat, deviennent suffisantes pour la manifestation d'une cause générale déjà prête, qui peut-être aurait agi seule, mais qui reçoit de ces nouveaux accidents plus de rapidité dans son développement, plus d'énergie dans sa marche. C'est ainsi que les accouchements les plus laborieux ne seront suivis d'aucun accident dans une Maternité quand l'état sanitaire des salles est satisfaisant; tandis qu'ils seront presque certainement mortels à l'époque d'une épidémie. Alors aussi, on doit considérer comme cause, indirecte mais puissante, tout obstacle à l'accouchement, capable de prolonger le travail; il en sera de même des manœuvres maladroites.

4° On a aussi admis comme cause de fièvre puerpérale un accouchement très-prompt. Dans les cas de cette sorte s'il survient une fièvre puerpérale, elle ne doit pas être attribuée à la rapidité du travail, mais à l'état général et maladif des femmes en couches. Des accouchements prompts, en effet, ne sont pas rares chez les femmes atteintes de maladies plus ou moins graves. S'ils surviennent chez des femmes bien portantes, ils ne semblent pas, dit Voillemier, disposer plus que les autres à la fièvre puerpérale. Il en donne pour preuve ces femmes qui accouchent en route pendant qu'on les apporte à l'hôpital. Nous remarquerons, cependant, qu'un accouchement très-prompt, subit pour ainsi dire, offre quelque analogie avec une commotion violente que viendrait à éprouver le corps. Dans ce cas, l'espèce de stupeur qui en résulte, est à même de favoriser les effets d'une cause générale à laquelle la nouvelle accouchée serait soumise.

5° L'ébranlement profond, imprimé à toute l'économie par une grossesse pénible dispose bien évidemment à la fièvre puerpérale, malgré l'assertion de Baudelocque qui prétend que de semblables gestations ne disposent pas plus à cette affection que des grossesses exemptes d'accident. Voillemier est d'un avis contraire; l'un et l'autre repose son opinion sur les faits. Le raisonnement est favorable à l'opinion de ce dernier auteur.

En effet, une grossesse pénible touche de si près à un état maladif, que nécessairement elle doit user plus ou moins les ressources de la nature et la rendre moins apte à résister aux causes morbides.

6° Voillemier dit avoir vu peu de fièvres puerpérales succéder à des pertes utérines abondantes. Cependant les grandes et subites pertes de sang, outre qu'elles affaiblissent les femmes et diminuent ainsi leurs forces de résistance, ont aussi pour effet, comme les saignées générales abondantes, de favoriser l'absorption des liquides en décomposition qui peuvent être renfermés dans l'utérus. De plus, les moyens nécessaires pour arrêter ces hémorragies peuvent, en devenant cause de métro-péritonite, contribuer indirectement au développement de la fièvre puerpérale.

7° La rétention, dans la cavité utérine de caillots ou d'une portion de placenta putréfié peut devenir cause du développement de la fièvre puerpérale de deux manières : d'abord en occasionnant une métrite ou une métro-péritonite, ensuite en mettant en rapport avec les vaisseaux lymphatiques et veineux de l'utérus un liquide altéré, en fermentation. Gorter attribue la fièvre des couches à la résorption d'un sang putréfié retenu dans la cavité de l'utérus ou dans les replis du vagin. White a singulièrement exagéré la fréquence de cette cause : « les lochies, dit-il, qui séjournent dans la matrice et les replis du vagin, prennent en peu de temps le caractère de putridité; elles sont en partie absorbées par les lymphatiques de l'utérus et du vagin. La cause immédiate est l'absorption d'une matière âcre et putride, qui vient des intestins et de la matrice. » « Cette opinion de White, dit A.-C. Baudelocque, a été reproduite dernièrement comme une chose nouvelle. On se fonde principalement sur ce que, à l'ouverture des femmes qui ont succombé à la fièvre puerpérale, on trouve à l'intérieur de la cavité utérine une couche plus ou moins épaisse de matière putrilagineuse. Mais cette matière ne se rencontre pas seulement chez les femmes qui ont succombé à cette maladie; on la voit également lorsque la mort a été déterminée par toute autre affection. Sa quantité varie suivant le temps depuis lequel la femme est accouchée. Son existence est due à un travail particulier qui se fait à la surface interne de l'utérus et qui est nécessaire pour ramener cet organe dans l'état où il se trouvait avant

Hoffmann attribue aux affections morales une grande influence sur la production de la fièvre puerpérale. Selon Delaroche, une des causes qui agissent de la manière la plus marquée, ce sont les passions et les émotions de l'âme, particulièrement celles qui sont accompagnées de crainte. On ne saurait disconvenir que ces causes mettent les accouchées dans des conditions propres au développement de la fièvre puerpérale. C'est surtout quand la maladie règne épidémiquement que l'annonce d'une mauvaise nouvelle, des reproches plus ou moins mérités, la vue d'un objet en horreur, etc., peuvent être promptement suivis de son invasion. « *Solum,* dit J.-B. Frank (1), *campanæ sanitens quæ moribondis pulsare solet perceptionem puerperis aspectu sanissimis, sed ob plurima jam experta matrum obitum perterrefactis, fatalem, fibris que puerperalis mox occasionem fuisse novimus.* » Nous avons cité un cas où une impression morale pénible et vive a donné lieu à la fièvre puerpérale.

10° La suppression des lochies et du lait a été considérée comme cause de fièvre puerpérale; elle est loin d'être constante, et, quand elle existe, elle est bien plus souvent effet que cause de la maladie. Leur métastase n'est plus admise. « L'on voit souvent, dit Delaroche (2), les symptômes les plus graves de la fièvre puerpérale se manifester sans avoir été précédés par aucune altération dans la quantité et la qualité de cette évacuation qui, d'un autre côté, se supprime quelquefois très-promptement sans qu'il en résulte aucun accident. » Plus loin il ajoute : « White (3) nous assure même qu'il a fréquemment observé que les femmes dont les vidanges étaient les plus abondantes, paraissaient plus disposées que les autres à ce qu'il appelle des fièvres putrides. »

11° White reconnaît à la constipation un mode d'action particulier : il dit que le séjour prolongé des matières les fait passer à l'état putride, et que leur absorption devient cause de la fièvre des couches. L'opinion de Denman sur le danger de la constipation n'était pas douteuse. Il dit (4), « La négligence que l'on apporte à procurer la liberté du ventre, sitôt après

(1) *Épitome de curandis hominum morbis*, tome I. page 205. — (2) *Recherches sur la nature et le traitement de la fièvre puerpérale*, page 145. — (3) *Avis aux femmes enceintes*. traduit de l'anglais. page 67. — (4) *Essai sur la fièvre puerpérale*, traduit par Revolat, page 17.

peuvent être considérées comme cause de la maladie, dans le second, comme conséquence.

14° Il résulte de ce qui précède que les causes des phlegmasies utérines et puerpérales, causes que nous avons longuement développées en traitant de ces maladies, peuvent devenir causes indirectes de fièvre puerpérale.

15° « Les causes occasionnelles, dit P. Dubois (1), sont nombreuses; au moment même de l'accouchement, la longueur du travail, une perte utérine abondante, une éclampsie grave, les diverses manœuvres et les opérations chirurgicales, quelquefois réclamées par les obstacles à la parturition ou les accidents qui la compliquent; les lésions plus ou moins graves des organes génitaux. Pendant les couches, l'impression de l'air froid, l'application de linges froids et humides, les lotions à l'eau froide, les écarts de régime, les boissons excitantes dont l'usage, après l'accouchement, reste enraciné dans le peuple, l'imprudence de quelques femmes qui se lèvent dès les premiers jours, vaquant aux soins de leur ménage, sortant même; enfin les affections morales qui ont tant de prise sur les nouvelles accouchées. La plupart de ces causes n'ont jamais plus d'action que dans les temps d'épidémie, et c'est une remarque qu'on a particulièrement faite en ce qui concerne les diverses opérations obstétricales et les accidents graves de la parturition, telles que convulsions, hémorragies utérines. »

16° Dans la fièvre typhoïde sporadique, connue dans la fièvre puerpérale de même forme, l'altération du sang, qui en constitue le caractère essentiel, ne peut-elle se développer spontanément et sans l'intervention d'aucune des causes précitées? Ou bien, la fièvre puerpérale sporadique peut-elle se développer spontanément? C'est là une question importante dont nous donnerons la solution en traitant de la nature de la maladie qui nous occupe.

Les auteurs qui se sont occupés spécialement de la fièvre puerpérale, ont bien reconnu que cette maladie n'offrait pas toujours le même caractère, qu'elle était susceptible de revêtir des formes variées, mais ils sont loin

(1) Ouvrage cité, page 349.

d'être d'accord sur ce sujet. Ainsi Tonnelé dit (1) : « Les fièvres puerpérales, que nous avons observées, considérées sous le rapport des symptômes, se présentaient avec des caractères très-différents : ces caractères peuvent se rapporter à trois formes principales, une forme *inflammatoire,* une forme *typhoïde*, une forme *ataxique*, et qui correspondent aux diverses lésions des solides, des liquides, de l'innervation. Distinctions, non point arbitraires, non point théoriques et *à priori,* mais basées sur l'appréciation des divers troubles fonctionnels et sur les données de l'anatomie pathologique. »

« L'expérience réunie des médecins Anglais et Français, dit Paul Dubois (2), surtout de la fin du XVIII^e^ siècle et du commencement de celui-ci, ne laisse pas de doute sur la nécessité d'admettre trois formes : 1° une fièvre puerpérale à forme inflammatoire ; 2° une fièvre puerpérale à forme bilieuse ou muqueuse ; 3° une fièvre puerpérale à forme typhoïde ; à quoi il faut ajouter la combinaison ou la succession possible de deux de ces états. »

« L'épidémie, qui a régné à l'Hôpital des cliniques, dit Voillemier (3), a été peu uniforme dans sa marche ; au milieu de conditions hygiéniques partout les mêmes, dans les mêmes salles et presque au même moment, elle se développait sous deux formes éminemment différentes, 1° sous forme inflammatoire ; 2° sous forme typhoïde. »

D'après ce qui précède, il est facile de voir que ces auteurs, pour établir leurs divisions de la fièvre puerpérale, se sont appuyés sur les troubles fonctionnels et sur les données anatomo-pathologiques qui se sont présentés à leur observation ; c'est en effet sur les faits cliniques recueillis aux diverses époques, sur les formes variées que cette maladie a pu revêtir tant à l'état sporadique qu'épidémique, que l'on peut baser le plus solidement les divisions de la fièvre des couches. Nous avons adopté celle de M. Tonnelé comme la plus en rapport avec la marche de la maladie et surtout avec sa nature. Nous comprendrons dans une même description, les symptômes de la fièvre puerpérale sporadique et ceux de la fièvre puerpérale épidémique, puisque ces phénomènes pathologiques

(1) *Arch.*, vol. XXII, page 489. — (2) Ouvr. cité, page 311. — (3) Ouvrage cité, page 221.

sont les mêmes, et qu'ils ne diffèrent que par une intensité plus ou moin grande. Ainsi :

1° Nous admettons une fièvre puerpérale inflammatoire ;

2° Une fièvre puerpérale typhoïde;

3° Une fièvre puerpérale ataxique.

Le cachet muqueux ou bilieux, pouvant intervenir dans chacune de formes précitées, nous n'en ferons pas une division séparée.

1° Fièvre puerpérale inflammatoire.

Cette forme s'observe en général chaque fois que la phlegmasie de l'uté rus ou du péritoine en marque le début; mais il ne répugne pas non plu d'admettre qu'à la suite d'accouchements, naturels ou non, particulièremen sous une influence épidémique, une altération primitive ou consécutive d sang soit suivie d'une forte réaction générale, puis de congestions locales e d'inflammations secondaires. Nous sommes d'autant plus porté à admettr cette manière de voir que, dans certaines épidémies cette forme s'observ concurremment avec celle beaucoup plus grave qui dépend certainemen d'une intoxication générale du sang; qu'on la rencontre dans les famille aisées, en même temps que les autres formes sévissent dans les demeure malsaines ou dans les hôpitaux, et qu'on la voit quelquefois paraître à la fi d'épidémies qui ont débuté avec d'autres caractères, comme si, en défini tive, toutes ces formes ne différaient que par le degré d'empoisonnemen du liquide en circulation. Dès le principe et parce que la viciation du san a été légère ou limitée, et parce que la réaction a été prompte et énergiqu la forme est franchement inflammatoire, et reste quelquefois telle jusqu'à l fin, quelle qu'en soit l'issue. Seulement quelques symptômes varient suivan l'organe ou le tissu dans lequel l'inflammation s'est développée, suivan l'étendue et l'intensité de la phlegmasie, etc.; mais, espèces, nuances, degrés ne changent rien à la forme, qui est inflammatoire. Souvent alors les émis sions sanguines sont bien supportées; les succès peuvent être nombreux si, par la promptitude et l'énergie des moyens, on s'oppose aux progrès d mal. Cette sorte de fièvre puerpérale est celle que l'on rencontre le plu souvent dans la pratique civile : elle s'observe aussi quelquefois dans le

grands hôpitaux; c'est celle qui laisse le plus de prise à nos moyens thérapeutiques et fait incontestablement le moins de victimes : aussi ne peut-elle donner aux médecins, qui n'en ont pas observé d'autres, une idée exacte de l'horrible gravité de la maladie. Une fois déclarée, s'il existe en même temps l'une ou l'autre des phlegmasies du péritoine ou de l'utérus, les symptômes ne sont autres que ceux de ces inflammations.

Lorsque, au contraire, il n'existe pas de phlegmasie (et nous en avons cité un cas évident), on n'observe absolument que les signes de la fièvre inflammatoire franche et simple.

La forme inflammatoire de la fièvre puerpérale offre deux variétés principales : 1° elle est franche et durable; 2° ou bien elle est éphémère et transitoire.

La première de ces formes se lie ordinairement à l'inflammation de l'un ou de plusieurs organes, de la matrice, du péritoine, etc.; et, parmi les altérations secondaires, c'est l'engorgement sanguin de tous les viscères, la pleurésie, la pneumonie, l'apoplexie pulmonaire, l'hypertrophie du cœur, l'hydrothorax et l'hydro-péricarde qui s'y adjoignent le plus souvent.

La deuxième forme, plus fréquente, apparaît au début de la plupart des cas où l'on trouve du pus dans les vaisseaux, et quelquefois dans la première période de ramollissement. Elle persiste ordinairement pendant plusieurs jours, puis elle disparaît brusquement pour faire place à un autre ordre de symptômes, dont il sera question plus loin. Souvent elle est si fugitive, qu'à peine si la durée de son existence s'étend au delà d'une journée et même de quelques heures.

« La fièvre puerpérale inflammatoire, dit Tonnelé, offre deux périodes bien caractérisées, l'*une* de congestion sanguine, l'*autre* de suppuration. La première s'annonce par un frisson peu intense et d'une durée variable, mais ordinairement moins prolongé que dans la forme typhoïde; presque en même temps ou quelques instants après survient une douleur bornée à une partie de l'abdomen, de l'hypogastre, des fosses iliaques; tantôt étendue à tous les points de cette région : à ces premiers symptômes se joint souvent la diminution ou la suppression des lochies, l'affaissement des seins,

des nausées, des vomissements; la manifestation de ces douleurs est accompagnée d'une réaction générale vive. Le pouls qui, pendant le frisson, est presque insensible, se relève, prend de la résistance sous le doigt et bat de cent à cent trente fois par minute. La peau devient brûlante et couverte de sueurs. La face, auparavant pâle, présente un aspect animé; quelquefois elle rougit et pâlit alternativement; les yeux sont brillants, injectés; parfois il survient une céphalalgie plus ou moins douloureuse; parfois c'est une pesanteur de tête en même temps qu'une accélération très-marquée de la respiration; la langue est rouge et sèche, couverte d'un enduit muqueux; la soif est vive, quelquefois inextinguible, et la continuité des vomissements empêche souvent de la satisfaire. » Cette première période, comme dans l'épidémie qu'a observée Voillemier, se termine quelquefois par des sueurs abondantes suivies d'un abattement extrême des forces. Comme ces accidents arrivent quelquefois au moment de la fièvre de lait, on pourrait croire que c'est à celle-ci qu'on a affaire; mais, dans une épidémie, l'observation vous met bientôt au courant du véritable diagnostic; du reste, Stoll a déjà signalé l'invasion de cette maladie à l'époque où commence la sécrétion laiteuse, quand il dit qu'elle peut être causée par une fièvre de lait trop forte, trop longue ou mal traitée. Combien de fois, dit Voillemier, n'ai-je pas vu, lorsque ces premières atteintes étaient négligées comme des phénomènes un peu exagérés de la fièvre de lait, ou lorsqu'on n'employait pour les combattre que des moyens insuffisants, la douleur abdominale, d'abord circonscrite, s'étendre à tout le reste de l'abdomen et vers les reins, le ventre se ballonner, les nausées survenir, la face se décomposer et la maladie apparaître tout à coup avec ses formes épidémiques si terribles! Dans quelques cas heureux, on pouvait encore réparer le mal déjà fait; mais ce n'était qu'à cette condition de l'attaquer avec énergie par les émissions sanguines et les purgatifs, car l'affection n'avait pas répudié son premier caractère.

Dans cette première période, souvent il se forme des congestions sanguines, secondaires, et suivant que ces congestions sanguines se portent vers le cerveau, les poumons, la peau, le tube digestif, le foie, on observe une certaine exaltation dans les idées voisine du délire, de la dyspnée avec

affaiblissement du bruit respiratoire, des sueurs abondantes, d'énormes sécrétions de mucosité et de bile. Quelquefois ces congestions sanguines se font par une sorte de raptus, et l'apoplexie du poumon, du foie, l'épanchement de sang dans la plèvre, dans le péricarde, en sont la suite. La plupart de ces actes secondaires ajoutent beaucoup à la gravité de la maladie. Quelquefois on a remarqué qu'une suspension de la diarrhée ou des sueurs exaspérait les douleurs et qu'une amélioration remarquable accompagnait leur retour. C'est un fait qui, du reste, n'a pas échappé aux auteurs anciens, à Van Swieten entre autres; aussi, dans l'épidémie de 1829, dont M. Tonnelé nous a transcrit l'histoire, loin de chercher à arrêter ces diarrhées, c'est à les provoquer que M. Désormeaux mettait souvent son étude et ses soins.

La durée de cette première période est tellement variable qu'à peine si on peut lui assigner quelques limites; mais ces différences dépendent moins des idiosyncrasies et des prédispositions individuelles que de la constitution atmosphérique. Dans les affections sporadiques, en effet, on remarque encore une certaine régularité, mais dans le cours des épidémies, on n'observe plus rien de fixe ni de précis. Le passage de la première période à la deuxième est quelquefois accompagué d'un amendement passager et de nouveaux frissons de courte durée, et c'est sans doute cette circonstance qui a porté quelques médecins à ranger la maladie parmi les fièvres rémittentes.

Lorsque l'épanchement et la suppuration sont établis, quelquefois les douleurs diminuent ou bien elles deviennent sourdes et profondes; mais d'autres fois aussi elles conservent toute leur acuité et même en acquièrent une nouvelle. En même temps il se développe dans le tube digestif une grande quantité de produits gazeux, qui distendent énormément les parois abdominales, refoulent le diaphragme et ajoutent singulièrement à la dyspnée qui existe déjà. Il n'est point rare de voir dans cette période une sanie fétide s'écouler par le vagin, et un liquide entièrement purulent se former dans les mamelles.

Aux congestions sanguines observées dans la première période, succède fréquemment de véritables phlegmasies, particulièrement de la plèvre,

des poumons, et les évacuations bilieuses deviennent quelquefois si abondantes, qu'on ne peut plus alors les regarder que comme de véritables et graves complications. Du reste, tantôt on voit l'agitation, la chaleur persister jusqu'à la fin, le pouls conserver sa fréquence et sa dureté, les forces se soutenir et la malade succomber en pleine connaissance; tantôt, au contraire, on observe une sorte d'oppression de toutes les fonctions, une véritable asphyxie, et une mort pénible à la suite d'une longue agonie. Lorsque la maladie doit se terminer heureusement, il survient le plus souvent des sueurs très-abondantes, phénomène noté par presque tous les observateurs, par Hoffmann (1), Leake (2); Doublet a quelquefois vu ces sueurs persister pendant vingt-quatre, trente-six, et même soixante-quinze heures. Souvent la diarrhée se manifeste alors lorsqu'elle n'existait point dans le principe.

Ces divers phénomènes organiques contribuent sans doute, dans beaucoup de cas, à la solution de la maladie; mais souvent aussi ils ne sont que le résultat de l'espèce d'expansion qui la suit.

Dans la première période de la maladie, les guérisons sont plus nombreuses et plus rapides; dans la deuxième, au contraire, elles sont plus rares et plus difficiles.

« Cette forme inflammatoire, dit Voillemier (3), ne se révélait pas toujours d'une manière aussi tranchée; il fallait épier avec soin chaque symptôme, faire la part de la constitution du sujet, de l'influence épidémique et la rechercher quelquefois là où elle aurait semblé au premier coup d'œil ne pouvoir exister. Ainsi, chez certaines femmes qui, après un frisson de plus d'une demi-heure, avaient l'air profondément abattues, avec le visage pâle, le pouls rapide et concentré, on voyait, sous l'influence d'une première saignée, le pouls se relever, la peau se couvrir d'une sueur abondante, une céphalalgie très-forte survenir, et on était obligé de recourir aux évacuations sanguines qu'on n'avait employées une première fois qu'en tremblant. Mais il fallait, dans son

(1) *Medicin. ratio.*, tome IV, page 317. — (2) *Child. Bever. fever*, page 56. — (3) Ouvrage cité, page 222.

investigation, apporter l'attention la plus sévère et, le diagnostic une fois porté, mettre encore la plus grande réserve dans l'emploi du traitement, afin que la malade ne payât pas de sa vie une erreur. La première saignée était toujours peu abondante, afin de tâter, pour ainsi dire, le système circulatoire, et si, au lieu de s'affaiblir, le pouls se relevait, on ouvrait de nouveau la veine; si, au contraire, la réaction n'arrivait pas rapidement, il fallait aussitôt renoncer à ce moyen qui ne pouvait être que nuisible. » En cas pareils, l'analyse chimique du sang contribuera beaucoup à indiquer la marche à suivre dans le traitement subséquent.

Ainsi l'on voit que sous la forme inflammatoire le frisson initial n'est, en général, ni très-intense, ni très-prolongé, que la douleur qui se déclare peu après la frisson est, malgré son acuité, le plus souvent limitée à une région peu étendue du ventre, que le pouls se relève promptement, et ne présente pas une fréquence excessive; enfin, que tous les symptômes d'une réaction générale vive succède presque toujours au frisson.

2° Fièvre puerpérale typhoïde.

Quelque grave que soit la forme typhoïde de la fièvre puerpérale, elle ne l'est pourtant pas toujours au même degré; il est des cas dans lesquels l'atteinte portée à tout l'organisme est si profonde, que les malades succombent en quelques heures, sans avoir offert aucun symptôme réactionnel. « La peste, dit Paul Dubois, ne fait pas de plus promptes victimes. » Dans les cas moins foudroyants, un effort de réaction se manifeste, mais faible, impuissant, et trop souvent sans résultats salutaires. Ainsi, on voit le choléra tuer dans un espace de temps très-court, dans le fort d'une épidémie par exemple, et dans d'autres cas, au contraire, la période algide être suivie d'un mouvement réactionnel, d'une lutte qui, malheureusement, n'a pas toujours une issue favorable, mais dont la durée laisse au moins à l'art le temps nécessaire pour appliquer les ressources variées dont il dispose.

C'est ordinairement vers le troisième ou quatrième jour que la maladie éclate. Mais, dans quelques cas d'une excessive gravité, qu'il y ait eu ou non de fâcheux précurseurs, l'invasion est beaucoup plus rapprochée de l'époque de l'accouchement; à peine sont-elles séparées par quelques

heures. L'époque avancée des couches n'en préserve pas toujours : on a même signalé des cas dans lesquels l'invasion n'avait eu lieu que le quinzième jour. Généralement le début est marqué par un frisson, dont la violence et la durée prolongée sont, en général, de mauvais augure. Jamais, dit Voillemier, nous n'avons eu occasion d'observer ces frissons réguliers, persistants, qui ont faits admettre par Oziander et d'autres accoucheurs des fièvres puerpérales intermittentes. L'on a observé en Angleterre une épidémie de fièvre puerpérale dans laquelle le frisson initial faisait constamment défaut. Lorsqu'il existe, quelquefois il est général, d'autres fois il est partiel ; alors il se fait sentir le long de la colonne vertébrale, ou dans les membres inférieurs. Souvent il se montre dès le début dans toute sa force, et persiste, malgré tous les moyens employés pour réchauffer les femmes. Souvent il débute brusquement, quelquefois même pendant le sommeil; sa durée est variable; dans l'épidémie, qu'a observée M. Voillemier, elle était d'un quart d'heure à une heure et demie. Une céphalalgie plus ou moins intense se manifeste et s'accompagne d'un pouls dépressible, mou et très-fréquent, battant de cent et vingt à cent cinquante fois par minute. Altération profonde des traits; quelquefois on observe, sur la fin de la maladie, de petits mouvements convulsifs des lèvres et des paupières, très-répétés, et dont la malade n'a pas conscience. Des douleurs abdominales, souvent générales, dans tous les cas, largement étendues, plus ou moins vives, quelquefois accompagnées d'une sorte d'inquiétude douloureuse ou de crampes dans les membres inférieurs, une grande anxiété, une gêne notable dans la respiration qui devient courte, incomplète, et à l'imperfection de laquelle les femmes cherchent à suppléer par de profonds soupirs; dans quelques cas même, un certain degré de cyanose; tels sont les symptômes qui suivent de près le frisson initial dans les circonstances graves, au fort des épidémies, chez quelques femmes que la maladie atteint profondément, et qu'elle enlève vite. En effet, cet état si grave dès le principe ne tarde pas à s'aggraver encore, quelle que soit la conduite du médecin, mais jamais plus sûrement, jamais plus vite que par l'emploi inopportun d'un traitement débilitant. Ou le frisson n'est point suivi de réaction, ou cette réaction est

lorsque, à la faveur d'un mouvement réactionnel plus ou moins marqué, la maladie se prolonge. Le pouls, concentré pendant le frisson, se développe un peu, acquiert même une certaine plénitude, en conservant toutefois quelque chose des caractères que nous avons précédemment indiqués, et spécialement une grande fréquence. Cet état ambigu, et en quelque sorte mixte du pouls, peut laisser un instant incertain sur la forme de la maladie. Mais, soit spontanément, soit à la suite d'une émission sanguine, quelle que peu considérable qu'elle soit, il devient mou et dépressible, et ne se relève plus, ou ne se relève que passagèrement, le plus souvent pour faiblir davantage encore. On voit partout, dans ces états variables et ces caractères indécis du pouls, une tentative de réaction que manifestent en outre une certaine chaleur de la peau, une légère et passagère animation du visage, et la prostration moindre, sinon le soutien réel des forces.

Cette durée de la maladie permet d'y saisir des phases, sinon des périodes nettement distinctes, et nous pouvons y observer deux ordres de symptômes, des symptômes inflammatoires de nature douteuse, il est vrai, mal dessinés, insidieux, et des symptômes typhoïdes proprement dits qui se mêlent promptement aux premiers, semblent coïncider, dans beaucoup de cas, avec la formation de quelque infiltration de pus ou de quelque épanchement purulent, et bientôt dominent exclusivement.

A la première catégorie de symptômes. se rapportent surtout les douleurs abdominales qui appartiennent à toutes les formes. Ces douleurs ne résultent pas toujours d'un travail phlegmasique; plus d'une autopsie l'atteste. La vivacité, la ténacité de ces douleurs, n'est pas moins la preuve d'une inflammation franche, pure, sans mélange; et, d'un autre côté, leur diminution ou leur cessation complète, loin d'être l'indice d'un amendement réel, n'ont point, en général, dans la forme typhoïde au moins, une signification aussi favorable. Ici les douleurs ne peuvent à elles seules fournir un signe diagnostic ou prognostic. C'est toujours l'état général, et en particulier l'état du pouls qu'il faut consulter. Les douleurs cessent-elles complétement, gardons-nous d'une sécurité trompeuse, tant que le pouls conserve une grande fréquence, et particulièrement s'il perd la plénitude et la résistance qu'il a pu offrir dans une période mixte et trau-

une série d'alternatives indépendantes de la marche de l'affection, et sans action sur elle. Il n'en est pas de même toutefois d'un retour franc et définitif, après une suppression totale ou une diminution très-sensible. Il coïncide presque toujours avec un amendement déjà déclaré. Quand l'écoulement continue ou qu'il reparaît par intervalles, il offre, en général, des qualités qui attestent un état morbide. D'un gris brun, brunâtre, noirâtre même, pultacé quelquefois, et, dans d'autres cas, au contraire, d'une fluidité extrême, il se distingue presque toujours par une fétidité insupportable. Le retour de l'écoulement à ses qualités normales est, comme sa réapparition définitive, d'un bon augure. L'influence que peut avoir la fièvre puerpérale sur la sécrétion laiteuse, dépend de l'époque à laquelle la maladie se déclare. Quand la maladie apparaît tardivement, les phénomènes locaux et généraux qui accompagnent la sécrétion du lait, se développent comme à l'ordinaire; ils sont, en général, nuls, au contraire, si la nouvelle accouchée est atteinte avant le troisième jour; leur apparition n'est toutefois que reculée, si, chose rare dans la forme typhoïde, la maladie s'arrête ou cède promptement au traitement employé. La fièvre puerpérale débute quelquefois au milieu même de la fièvre de lait, et alors les phénomènes locaux de cette dernière sont imparfaits, incomplets, écourtés et nullement en proportion avec les symptômes généraux ; les seins, fussent-ils volumineux, durs, douloureux, en un mot, la fièvre puerpérale n'eut-elle eu sur les symptômes locaux de la sécrétion laiteuse aucune influence, soit parce que la maladie n'était pas encore franchement déclarée, soit parce que la fonction nouvelle s'établissait avec énergie, qu'il faudrait encore être sur ses gardes si cet état mi-physiologique, mi-pathologique avait débuté par un frisson intense et prolongé, et s'accompagnait d'une grande fréquence du pouls. Enfin, les phénomènes locaux de la sécrétion laiteuse sont quelquefois peu prononcés lorsque la fièvre puerpérale doit débuter peu de temps après la fièvre de lait, comme si, avant d'éclater, la maladie agissait sourdement, et voulait se révéler d'avance.

« Parmi les symptômes, dit Tonnelé (1), les uns étaient le résultat immé-

(1) Ouvrage cité, vol. XXII, page 195.

ces abcès se résorber graduellement sans laisser aucune trace de son existence, ou bien elle se portait peu à peu vers la peau, et l'évacuation en devenait nécessaire. Si l'abcès était peu étendu, les parties revenaient facilement sur elles-mêmes; mais, dans le cas contraire, il s'ensuivait quelquefois des clapiers étendus, des dénudations profondes, et un nouveau péril très-grave pour les malades. »

Nous rattacherons à la forme typhoïde de la fièvre puerpérale, la forme muqueuse ou bilieuse de M. Paul Dubois, qui, généralement n'est que transitoire et qui, dans certains cas cependant, conserve ultérieurement, dans ses combinaisons nouvelles, quelque chose de son caractère primitif, comme le prouvent les succès si remarquables de l'emploi de l'ipécacuanha, succès qui quelquefois ne se démentent pas, même après une transformation aggravante. Ce caractère bilieux ou muqueux de la maladie marque fréqnemment la première période de la fièvre puerpérale typhoïde. Il se reconnaît à la largeur et à la mollesse de la langue, à l'enduit blanc ou jaunâtre qui la recouvre, à l'anorexie, aux nausées, aux vomissements, à la constipation, ou à la diarrhée bilieuse, à la céphalalgie sus-orbitaire, qui accompagnent, avec ou sans douleurs abdominales, un état fébrile continu ou rémittent, le bon effet des évacuants, de l'ipécacuanha en particulier. « Ces caractères, dit M. P. Dubois (1), justifient-ils les nosologues de la distinction qu'ils ont faite d'une espèce particulière? Sans parler des praticiens qui, voulant ramener à la mesure des faits, dont ils avaient été témoins, les faits qu'ils n'avaient pas observés, ont mis en doute les brillants résultats de Doublet, il en est qui n'ont vu, dans l'épidémie qu'il a traitée avec un succès si constant, qu'une complication d'embarras gastrique. Pour nous, nous ne saurions nous ranger à cette opinion, quelles que soient les lumières et l'expérience de ceux qui l'ont embrassée et soutenue; car nous avons observé des cas, où cet ensemble de symptômes ne faisait qu'ouvrir la scène, et où des accidents plus tranchés et plus graves ne tardaient pas à éclater, lorsqu'on avait négligé l'emploi des moyens propres à les conjurer. S'il est vrai, comme le pense Rigby (2), d'après quelques expériences de

(1) Ouvrage cité, page 346. — (2) *Midwifery*; pages 268 et 283.

thétiques, le développement de phénomènes pathologiques qui en résultent, ainsi que la manifestation de certaines formes morbides et les conséquences qui en découlent. Aussi, la base de leur théorie tombant à faux, il n'est pas surprenant que les conséquences de leurs raisonnements s'éloignent autant de la vérité, et se trouvent si peu en rapport avec les faits.

L'ataxie, ou ce trouble qui, dans le cours de certaines fièvres puerpérales épidémiques, vient à se manifester dans les fonctions de l'encéphale, peut bien n'être pas toujours de même nature. Ces congestions sanguines, suivies fréquemment d'inflammation, que l'on voit si souvent se manifester dans le cours des fièvres graves et qui dépendent bien manifestement de l'état de fluidité du sang qui caractérise ces pyrexies, peuvent bien devenir cause des troubles nerveux qui traduisent l'ataxie; mais si, alors, les caractères symptomatiques de l'affection, pendant la vie, ne révèlent pas distinctement la nature de la perturbation nerveuse, au moins la nécropsie ne laissera pas de doute à cet égard. Mais il existe des faits de fièvre puerpérale ataxiques où la nécropsie n'a fait découvrir aucune lésion des centres nerveux capables de rendre compte des phénomènes pathologiques observés pendant la vie. Pourquoi, dans ces cas, supposer l'existence de lésions organiques qu'on ne rencontre pas? L'altération du sang ne suffit-elle pas pour donner l'explication de ces phénomènes? La même chose n'existe-t-elle pas fréquemment dans le cours de la fièvre typhoïde? L'action d'un sang altéré sur le système nerveux de certains individus prédisposés, où ce système offre une susceptibilité exgaérée, et chez qui la grossesse, l'accouchement, l'état puerpéral ajoutent encore à cette disposition, ne suffit-elle pas, et sans produire de lésions organiques, pour donner lieu à ce trouble fonctionnel? Ainsi, ce groupe de symptômes, qui révèle une altération incontestable mais fonctionnelle des centres nerveux, loin de constituer une complication, n'est donc qu'un premier effet secondaire de la cause qui vicie le fluide sanguin.

Existe-t-il des fièvres puerpérales intermittentes? Cette forme n'est pas plus possible ici que dans la fièvre typhoïde. On a bien, à la vérité, rencontré, dans certains cas, l'intermittence de quelques-uns des phénomènes qui appartiennent à cette maladie, tels que le retour périodique des fris-

était considérable, il était de mauvais augure), la sécheresse de la langue, la soif, les vomissements, la diarrhée. Dans l'état bilieux, la langue était recouverte d'un enduit blanchâtre, il y avait amertume de la bouche, nausées, etc. Le hoquet se montra trois fois sur dix. Les urines n'ont rien offert de particulier, si ce n'est pour l'excrétion, qui ne put se faire sans le cathéter chez trois malades, dont la vessie était plus ou moins affectée. En effet, chez l'une d'elles, on trouva à l'autopsie une gangrène commençante de la vessie, et chez les deux autres qui guérirent, on constata une sensibilité remarquable de cet organe au toucher vaginal. L'excrétion involontaire des urines, se montrant avec celle des fèces, a toujours été un mauvais signe. On sait en effet que ces paralysies du sphincter du rectum et de la vessie dénotent un trouble profond du système nerveux.

« Comme maladies consécutives, liées sans le moindre doute à la fièvre puerpérale, je noterai un engorgement phlegmasique du ligament large droit et de la fosse iliaque du même côté qui s'est terminé par suppuration et une arthrite du genou dont la guérison se fit beaucoup attendre, mais qui, cependant, s'est terminée par la résolution.

« Quand le pouls perdait de sa fréquence, quand il devenait souple après avoir été dur, ou qu'il reprenait de la force après avoir été dépressible, misérable et qu'en même temps la peau devenait moite, que la douleur du ventre diminuait, et qu'enfin la physionomie reprenait son expression et son aspect naturels, on pouvait en général espérer une guérison plus ou moins prompte; mais que, quand le pouls, conservant sa fréquence, devenait petit, dépressible, ondulant, quand la langue se séchait, lorsque la face s'altérait de plus en plus, que les vomissements, la diarrhée et le hoquet étaient opiniâtres, lorsque le ventre restait fortement ballonné, ou qu'il survenait des troubles de l'intelligence, on devait craindre une terminaison fatale; et celle-ci était certaine quand, le pouls baissant de plus en plus, la peau se couvrait de sueurs froides, visqueuses, quand les selles liquides étaient noires, fétides, rendues involontairement, ainsi que les urines, lorsqu'il survenait des soubresauts dans les tendons et des eschares au sacrum; à cette extrémité, le visage avait déjà un aspect cadavéreux. »

compliquée de la phlegmasie du péritoine ou de l'utérus, phlegmasie qui intervient si fréquemment dans le cours de cette affection, qu'elle domine ou qui est dominée par elle. Cette distinction serait cependant de la plus grande importance pour le traitement ; c'est pourquoi nous allons nous y arrêter un instant, renvoyant pour de plus amples détails à ce que nous avons dit de la nature et du diagnostic de la métrite et de la péritonite, et à ce que nous dirons plus loin de la nature de la fièvre puerpérale.

La métrite et la péritonite puerpérales offrent, dans certains cas, une grande analogie avec la maladie qui nous occupe, tant sous le rapport des symptômes extérieurs que sous celui des symptômes intérieurs ; et cette analogie, et cette fréquence de leur intervention, ont été cause que bien des auteurs ont considéré comme une seule et même affection la fièvre des nouvelles accouchées et la métro-péritonite puerpérale. Il est cependant un moyen de les distinguer, d'établir avec certitude leur diagnostic différentiel ; ce moyen, c'est l'analyse chimique du sang. Depuis longtemps, certains auteurs attribuent bien à une altération de ce fluide la nature de la fièvre puerpérale ; quelques-uns mêmes attribuent cette altération à une diffluence de cette chair coulante ; mais aucun ne la précise d'une manière assez claire, assez positive, assez invariable, pour qu'elle puisse servir de base diagnostique. Il était réservé à MM. Andral et Gavarret d'établir cette précision quant aux pyrexies (autres que la fièvre puerpérale) et aux phlegmasies, et de faire ressortir tout ce que peut en retenir d'utile et avantageux la pathologie de ces affections, et, entre autres parties, leur diagnostic différentiel. Andral dit avec raison que le résultat de l'analyse chimique du sang dans ces deux espèces de maladie établit entre elles une barrière diagnostique infranchissable. Or, ce qu'ont fait ces auteurs pour les phlegmasies et les pyrexies en général, nous l'avons fait, autant que les occasions nous l'ont permis, pour les phlegmasies puerpérales et la fièvre du même nom. Nous avons fait connaître, en traitant de la métrite et de la péritonite, quelle était la composition du sang pendant leur existence ; nous avons vu que le chiffre de sa fibrine, déjà fort élevé dans l'état puerpéral, augmentait encore, tandis que celui des globules restait abaissé. Dans la fièvre puerpérale, au contraire, maladie qui nous a offert l'occa-

sion d'analyser le sang de trois malades, nous avons vu que le chiffre des globules atteignait et même dépassait la moyenne physiologique, que celui de la fibrine, au contraire, était inférieur au *minimum* de l'état normal. Cette différence, qui est celle que les auteurs précités ont rencontré entre les phlegmasies et les pyrexies, différence à laquelle ils attribuent la plus grande importance comme signe diagnostic, existe donc entre les phlegmasies et la fièvre puerpérale. C'est ce signe que nous considérons aussi comme le caractère essentiel qui différencie l'une de l'autre ces affections si souvent réunies. Mais là ne se borne pas l'importance de ce résultat chimique. En effet, si, comme nous le disions plus haut, il importe d'établir ce diagnotic différentiel, il serait également fort important de pouvoir reconnaître ces deux espèces d'affection étant réunies, quand l'une domine l'autre; c'est encore l'analyse chimique du sang qui va nous conduire à ce résultat qui doit avoir sur le traitement une influence prononcée. En effet, lorsque la phlegmasie existe, qu'elle soit primitive, concomittante ou consécutive, si l'analyse démontre dans le sang un chiffre élevé de fibrine, nul doute que la phlegmasie alors ne domine la pyrexie, et *vice versâ,* c'est-à-dire que si le chiffre de la fibrine atteint ou est en dessous de son *minimum* physiologique, l'on aura la preuve que l'état pyrétique domine l'état phlegmasique.

Que l'on ne croie pas que ce qui précède soit une supposition simple de notre part, c'est le résultat de faits pratiques et d'expériences répétées. Ce n'est pas, il est vrai, sur des affections puerpérales que nous avons pu vérifier ces principes, c'est sur des cas de pleuropneumonie typhoïde, qui a régné épidémiquement dans notre canton en 1846 et 1847. Dans cette épidémie, qui fut assez meurtrière dans quelques localités, tantôt la pneumonie a existé seule, généralement elle était accompagnée de fièvre typhoïde; quelquefois celle-ci a aussi existé seule, mais le plus souvent elle était jointe à la maladie précitée; tantôt la pyrexie a débuté et la phlogose n'est intervenue qu'après, tantôt le contraire a eu lieu; quelquefois, enfin les deux affections ont débuté simultanément. Entre autres circonstances remarquables observées dans cette épidémie rare, nous mentionnerons 1° les résultats variés obtenus par les évacuations sangnines, et la nécessité

de les modifier selon les circonstances; 2° la variation dans les propriétés physiques et chimiques du sang.

a. Lorsque la pleuropneumonie existait seule, généralement le traitement ordinaire procura des succès. Cependant il ne fallait pas porter trop loin les émissions sanguines, sinon il advenait parfois des adynamies épouvantables, quelquefois mortelles.

b. Lorsqu'elle existait en même temps que la fièvre typhoïde, il advenait de deux choses l'une : ou bien la saignée était promptement suivie de l'état adynamique avec augmentation de l'hépatisation pulmonaire (il est à noter que, généralement, l'hépatisation marquait le début de la pneumonie, et que, par un examen superficiel, on aurait pu croire à une pleurésie avec épanchement, tellement les râles manquaient souvent), ou bien elle était bien supportée et favorable. Mais elle ne devait pas être forte ni répétée, car, alors, il survenait promptement un anéantissement général des forces qu'il était difficile de faire disparaître.

c. Le tartre stibié à hautes doses, ordinairement vite toléré, n'était fréquemment bien supporté qu'un ou deux jours au plus. Continué plus longtemps, fréquemment il entraînait les mêmes conséquences que l'excès des saignées. Mais, lorsque, sous l'influence de son administration de vingt-quatre ou quarante-huit heures, il arrivait à déterminer un commencement de résolution, souvent, l'émétique étant suspendu, la résolution ne continuait pas moins de progresser.

d. Quand la phlegmasie pulmonaire était simple, isolée, franche, le caillot de la saignée était peu volumineux, ferme, recouvert d'une couenne parfaite; sérum abondant.

e. Lorsqu'elle était liée à la fièvre typhoïde, deux états pouvaient avoir lieu; l'un où la couenne existait encore, était parfaite, mais plus mince, le caillot plus volumineux et plus mou, le sérum moins abondant. L'autre où il était volumineux, mou, couenne imparfaite, n'existant que par plaques très-minces; sérum peu abondant. Quelquefois même, dans ce dernier cas, le sang était cailleboté, diffluent.

f. L'analyse chimique du sang nous a présenté des variations en rapport avec ses variétés physiques. En effet, lorsque la couenne était par-

ches à l'hospice de la Maternité depuis l'an VI jusque y compris les six premiers mois de l'an XI, cent quatre-vingt-quinze décès ont été occasionnés par cette maladie. Enfin, dans certaines épidémies elle fut si meurtrière que les uns l'ont comparée à la peste, les autres au choléra le plus intense.

Le danger qu'elle entraîne varie suivant plusieurs circonstances. Si la malade est d'une bonne constitution, les chances lui seront plus favorables. Il y en aura de moins bonnes pour celles qui auront été affaiblies par des privations, un défaut de nourriture, des maladies, ou qui sont actuellement atteintes d'une autre affection. Denman assure que les femmes qui ont perdu beaucoup de sang au moment de l'accouchement sont plus exposées à la fièvre puerpérale qui leur est communément fatale.

Les causes de la maladie, sa marche, ses complications, l'intensité de ses symptômes, l'époque plus ou moins rapprochée de l'accouchement, la gravité de l'épidémie, seront toujours prises en considération dans la valeur du prognostic.

« Je crois, dit A.-C. Baudelocque (1) avec Hulme, Delaroche et autres, qu'il n'y a pas de signes plus infaillibles que ceux provenant du pouls. » L'examen du pouls et de la respiration est d'une grande utilité pour connaître le sort des femmes atteintes de cette maladie. Si le pouls est très-accéléré, si la respiration est fréquente et courte, cela annonce un grand danger. Si au contraire le pouls se ralentit, si la respiration devient plus libre, plus profonde, c'est un signe certain d'amélioration. Le degré d'altération du pouls et de la respiration indique d'une manière sûre le degré de crainte ou d'espérance que l'on doit avoir.

« Si, dit le même auteur, après des évacuations alvines, spontanées ou sollicitées par l'art, le pouls ne devient pas moins fréquent, cela doit être regardé comme un des plus dangereux symptômes.

« Les vomissements spontanés, souvent insignifiants au début, quelquefois avantageux, au dire de Tenon, sont toujours du plus fâcheux augure, quand ils se déclarent à une période avancée de la maladie, et que les matières vomies ont une couleur brune, verte ou noirâtre.

(1) Ouvrage cité, page 242.

Quand la maladie est promptement funeste, qu'elle tue les malades à la manière du choléra le plus intense, comme l'a observé Paul Dubois pendant l'épidémie qui a régné à la Maternité de Paris en 1841, alors les recherches nécroscopiques ne découvrent ni inflammation du péritoine, ni métrite, ni pus dans les vaisseaux, le tissu cellulaire ou les muscles. Un peu de sérosité à peine trouble ou légèrement sanguinolente dans la cavité péritonéale, sans injection du péritoine, et quelquefois aussi dans les autres séreuses, un liquide semblable infiltré dans le tissu cellulaire sous-péritonéal du petit bassin, des fosses iliaques, des parois abdominales, sans flaccidité remarquable de quelques organes, en particulier du cœur et de l'utérus; le ramollissement du foie, des reins, des poumons, de la rate surtout, qui est comme pulpeuse, et le plus souvent hypertrophiée; la coloration noirâtre avec semi-fluidité ou fluidité complète du sang contenu dans le cœur et les gros vaisseaux; quelquefois un développement remarquable de tout l'appareil folliculaire de l'intestin, tel qu'il s'est présenté dans l'épidémie de 1841. Telles sont les altérations appréciables que nous révèle l'examen des cadavres; on ne trouve, en un mot, aucune trace d'inflammation, ou des traces d'inflammation si légères, qu'elles sont certainement insuffisantes pour expliquer à elles seules la mort et surtout une mort si prompte.

Les altérations pathologiques ne sont plus les mêmes ou se compliquent davantage, lorsque, à la faveur d'un mouvement réactionnel plus ou moins prononcé, la maladie se prolonge. Cette réaction conduit au développement d'affections secondaires, d'une durée variable, de quelques jours au moins, et qui aboutissent très-souvent à la prompte formation du pus dans le péritoine, dans les parois utérines, les sinus utérins, les veines pelviennes, les vaisseaux lymphatiques, le tissu cellulaire sous-péritonéal, diverses séreuses et synoviales, l'épaisseur des muscles, quelquefois même dans les chambres de l'œil. M. Paul Dubois a fait la remarque qu'on ne rencontrait presque jamais de pus dans les viscères parenchymateux.

Cette production si fréquente du pus dans l'une ou l'autre des parties que nous venons de nommer, et le plus souvent dans plusieurs simultanément, a donné à M. Voillemier l'idée de proposer, pour la maladie qui nous occupe, le nom de fièvre puerpérale pyogénique des femmes en couches,

interne de l'utérus; elle s'accompagne quelquefois de la production d'un pus demi-concret disséminé sous la forme de petites masses. L'altération de cette matière peut tenir aussi et à sa quantité qui est alors plus grande, et à l'introduction de l'air, qui est aussi plus facile. M. Voillemier a examiné si cette odeur se liait à un état particulier des tissus de l'utérus et il lui a semblé qu'ordinairement cet organe présentait une mollesse inaccoutumée. « Rien de plus simple à concevoir, disent Boivin et Dugès (1), que l'odeur désagréable contractée par les lochies, durant leur séjour dans l'utérus et le vagin. Ne sait-on pas que ce commencement de fermentation s'opère même à la surface d'un visicatoire? Cette odeur est d'ailleurs variable selon les sujets, et madame Lachapelle avait depuis longtemps observé que chez les femmes lymphatiques, même en santé, les lochies sont d'une remarquable fétidité. Mais si, à cette fétidité se joint une couleur noire ou noirâtre des matières qui tapissent l'utérus, si ces matières sont fortement adhérentes à la surface ou y forment une couche épaisse, si ce putrilage imbibe et pénètre, en quelque sorte, le tissu de la matrice à plusieurs lignes de profondeur, si ce tissu noirci, ramolli, se laisse déchirer par l'ongle, réduire en pulpe par le grattage, alors sans doute, on peut raisonnablement croire à un état gangréneux. »

Dans les cas les plus communs, dit Voillemier, une fois cette matière enlevée par un cours d'eau, l'utérus offrait un tissu sain, ferme et d'un rose-pâle.C'est vers le col que cet auteur a rencontré les lésions les plus marquées. On y observait quelquefois de larges ecchymoses, des plaques noirâtres que quelques auteurs ont regardées comme un commencement de gangrène, que quelques autres ont refusé même d'admettre comme un état morbide de l'utérus.« Si, dit-il, dans quelques cas, le tissu de l'utérus s'est trouvé ramolli, bien plus souvent il était ferme, résistant sous le scalpel, offrant une coupe d'un blanc rosé, d'un aspect fibreux, avec quelques orifices de vaisseaux béants. Ces vaisseaux contenaient alors un sang liquide qui venait suinter à la surface des tissus divisés, quand on les pressait entre les doigts. Leurs parois étaient quelquefois d'un rouge assez foncé, mais par l'effet seul de

(1) *Traité des maladies de l'utérus*, tome II, page 12.

mies, dit Baudelocque (1), on a trouvé des eschares gangréneuses sur le col de l'utérus, sur le vagin, vers les parties externes de la génération, sans qu'il y ait eu, dans le travail de l'accouchement, rien qui puisse donner l'explication d'un pareil accident. Le docteur Ozanam a trouvé des eschares de cette nature à l'hôpital de Milan, en 1810; j'en ai vu plusieurs fois à la maison d'accouchement de Paris, en 1827. »

A ces altérations s'en joignent souvent d'autres qui appartiennent aux annexes de l'utérus, et qui ne sont pas moins importantes. Plusieurs fois, M. Voillemier a trouvé de petits foyers purulents dans l'épaisseur même des ligaments ronds, dont le pus était verdâtre, peu épais et sans odeur.

Dans l'état de gestation, le péritoine n'est que très-lâchement uni à l'utérus, surtout près du col et sur les côtés; cette disposition persiste pendant un temps assez long après l'accouchement, et elle explique la facilité que trouve le pus à s'infiltrer dans ces régions. Quelquefois il y est réuni en assez grande quantité pour donner à ces parties un aspect bosselé avec une couleur verdâtre. Dans quelques cas le tissu cellulaire tout entier du bassin en est tellement rempli que, dans quelque endroit que l'on fasse une incision, il présente une coupe d'un jaune verdâtre due à l'infiltration du pus qui distend ses mailles. Sur plusieurs points ce pus forme de véritables abcès de la grosseur d'une noisette. Ne serait-ce pas à ces infiltrations, dit l'auteur précité, que seraient dus les abcès des fosses iliaques, ceux surtout qui se manifestent chez des femmes qui ont été atteintes de fièvre puerpérale? Mais là où le pus se rencontre le plus souvent, c'est dans le tissu cellulaire des ligaments larges et des ovaires. Il n'est pas, non plus très-rare de trouver du pus dans la cavité des trompes. « Quant aux ovaires, dit Tonnelé (2), tantôt ils offrent une injection pure et simple, tantôt une infiltration séreuse, accompagnée de tuméfaction et de ramollissement; tantôt, enfin, une infiltration purulente générale avec énorme gonflement et friabilité singulière de leur tissu. Le plus souvent le pus reste disséminé et, en quelque sorte, combiné avec l'organe, comme dans le dernier degré de la pneumonie. Mais, quelquefois aussi, il se rassemble en

(1) Ouvrage cité, page 271. — (2) Page 354.

un seul foyer qui s'ouvre quelquefois dans le péritoine, quelquefois dans le rectum, d'autres fois ils contractent des adhérences avec les parois abdominales et se vident spontanément à l'extérieur.

La suppuration des canaux veineux et lymphatiques de l'utérus est une altération assez fréquente; rare dans l'épidémie qu'a observée M. Voillemier, elle fut rencontrée trois fois sur cinq dans celle dont M. Tonnelé nous a transmis l'histoire. Tantôt elle existe seule, plus souvent elle se combine avec quelques-unes des altérations précédentes. Le plus souvent elle ne dépasse point les limites de l'organe, mais quelquefois elle les franchit et s'étend, d'une part aux veines ovariques, hypogastriques, et de l'autre, aux ganglions abdominaux, et jusqu'au réservoir de Pequet. Dans certains cas, on n'aperçoit de pus que dans les vaisseaux isolés; d'autres fois, au contraire, on les trouve tous remplis, en sorte qu'on ne peut inciser un point de l'utérus sans voir ce liquide sourdre, sous la forme d'une multitude de gouttelettes, des orifices des vaisseaux divisés. C'est surtout sur les parties latérales de l'utérus, à la base des ligaments larges, là où se rencontre un grand nombre de veines et de lymphatiques, que l'on rencontre le plus communément cette altération.

Les vaisseaux lymphatiques contiennent aussi, dans certains cas, de la matière purulente; leur membrane interne est quelquefois inégale et épaissie, mais le plus souvent elle conserve son poli, et n'offre pour toute altération qu'une teinte terne, ou une coloration jaunâtre. Le pus des lymphatiques est plus épais que celui qui est infiltré dans le tissu cellulaire environnant. Il remplit tout leur calibre et semble comme adhérent à leurs parois. En remontant du côté des lombes, le pus remplit moins ces vaisseaux, il est moins épais et surtout plus facile à détacher de leurs parois. Quelquefois on en rencontre dans les ganglions lombaires, même plus avant, mais en très-petite quantité; en même temps le tissu cellulaire au milieu duquel se trouvent les lymphatiques, est infiltré de pus séreux, verdâtre.

La suppuration des veines et des lymphatiques de l'utérus est ordinairement accompagnée d'un certain nombre de symptômes qui lui sont propres et que nous avons fait connaître ailleurs. La présence de pus dans ces vaisseaux, surtout dans les veines, et, par suite, son transport nécessaire

dans toutes les voies de la circulation, cause rapidement une infection évidente, palpable, de toute la masse sanguine, d'où résultent des accidents généraux très-graves qui impriment à la fièvre puerpérale un caractère spécial, une physionomie caractéristique.

Dans l'un des cas de suppuration des veines observé par M. Voillemier, il existait par place, dans plusieurs veines utérines, un liquide sanieux qui ressemblait étrangement à la matière lochiale contenue dans l'utérus. Nous ne nous étendrons pas davantage sur l'altération veineuse et lymphatique de l'utérus; en traitant séparément de chacune de ces affections, nous sommes entré dans tous les détails qui concernent ces altérations.

La putrescence de l'utérus, que, dans certaines épidémies, on rencontre rarement, comme par exemple dans celle qu'a rapportée M. Voillemier, constitue d'autres fois une lésion assez fréquente de la fièvre puerpérale épidémique : c'est ainsi que dans l'épidémie de 1829, M. Tonnelé l'a souvent observée. Généralement elle affecte deux formes distinctes, dont Boër et Luroth ont fait deux maladies distinctes; savoir : le ramollissement proprement dit et la putrescence. Mais beaucoup d'auteurs du premier mérite, MM. Désormeaux, P. Dubois, etc., considèrent ces deux états de l'utérus, comme les degrés différents d'une même affection. Voyez ce que nous en avons dit en traitant des altérations nécroscopiques de la métrite puerpérale aiguë.

Le péritoine, dont les lésions ont semblé si constantes à quelques accoucheurs, qu'ils ont regardé la fièvre puerpérale comme une véritable péritonite, a plusieurs fois été trouvé exempt de toute altération. M. Voillemier l'a rencontré six fois intact; alors il ne présentait pas même cette sécheresse des parois, cet aspect visqueux que l'on a dit être les premières traces d'une phlegmasie commençante. Il faut convenir, cependant, que l'inflammation du péritoine est une des altérations les plus fréquentes que l'on rencontre à la suite de la fièvre puerpérale. Quelquefois cette membrane ne contient qu'une petite quantité de sérosité inodore, transparente, citrine, ou légèrement rougeâtre, premier effet d'une inflammation à son début, et dont la mort a fait disparaître les traces encore fugitives, ou simple résultat de la gêne de la résorption et de la circulation, qui est sou-

vent portée à un haut degré dans la fièvre puerpérale épidémique grave. M. Tonnelé a reconnu que c'était surtout dans les cas les plus graves, lorsque la maladie se terminait rapidement par la mort, que cette intégrité du péritoine s'observait le plus communément.

Les caractères anatomiques de l'inflammation du péritoine ne sont pas toujours les mêmes; lorsque la phlegmasie est à son début, le péritoine présente une coloration rose dans presque toute son étendue bien distincte, principalement sur les circonvolutions de l'intestin grêle et la paroi antérieure de l'abdomen. Par place, il semble admirablement injecté; des arborisations vasculaires d'un rouge vermeil, très-fines et entrelacées venant à former comme des ecchymoses en dessous de lui. Mais il suffit d'enlever le péritoine avec précaution, de détacher avec des pinces le tissu cellulaire qui double sa face externe, pour enlever aussi toutes arborisations, et, en même temps, tous les signes de la phlegmasie. Cette séreuse, qu'on avait cru d'abord toute ecchymosée, reprenait à l'instant son épaisseur, sa consistance et sa transparence normales. Lorsque la maladie s'était un peu prolongée, on ne voyait plus d'arborisations vasculaires dans le tissu cellulaire sous-séreux. Le péritoine était pâle, moins transparent qu'à l'état sain, et comme pénétré par les liquides contenus dans sa cavité. Mais il n'y a encore, dans ce cas, nulle altération appréciable dans sa consistance, son épaisseur, et on le détache facilement des parties qu'il recouvre. Souvent on rencontre de petites membranes minces, blanchâtres, qui établissent un commencement d'adhérence entre les diverses parties. Souvent l'inflammation du péritoine est bornée à la région hypogastrique, et se concentre, en quelque sorte, aux environs de l'utérus; et alors même qu'elle est générale, c'est surtout dans ces parties qu'elle sévit avec le plus de violence : quelquefois, cependant, et par exception, elle affecte particulièrement certains autres points, la surface du foie, le mésentère, l'épiploon. Cette dernière partie se tuméfie alors, et présente des nodosités qui se sentent parfaitement, durant la vie, à travers les parois abdominales.

Souvent il existe dans la cavité de l'abdomen, une certaine quantité de liquide trouble, mêlé de flocons albumineux et de fausses membranes molles, jaunâtres; il arrive quelquefois que ces fausses membranes revêtent une

couleur brune qui a fait longtemps croire à une dégénérescence gangréneuse. Chez deux femmes, dit Voillemier, qui n'avaient succombé qu'après un temps assez long, le péritoine était presque entièrement tapissé de fausses membranes épaisses, formant une sorte d'enveloppe au foie et à la rate; les intestins agglutinés présentaient une seule masse, ils étaient pâles, se laissaient déchirer avec la plus grande facilité, comme s'ils eussent été macérés dans le pus. Quant aux liquides contenus dans l'abdomen, ils présentent de grandes différences dans leur quantité et dans leur coloration; tantôt il existe à peine plein un verre d'une sérosité citrine ou légèrement trouble, tantôt il y en a jusque trois à quatre litres. Quelquefois ce liquide est rougi par du sang. Généralement cet épanchement est de nature purulente, plus liquide dans les hypocondres et entre les circonvolutions intestinales, que dans l'excavation pelvienne, où l'on trouve assez souvent un pus épais et comme phlegmoneux, avec de nombreux débris de fausses membranes.

Le tableau suivant de M. Tonnelé (1) donnera une idée générale des diverses altérations qu'il a rencontrées, à la suite de la fièvre puerpérale, dans les organes précités, l'utérus et ses annexes, ainsi que le péritoine.

Rapports numériques suivant lesquels elles se présentaient les unes par rapport aux autres.

Sur 222 ouvertures de corps faites à la suite de fièvre puerpérale, il a trouvé :

1° La péritonite chez 195 femmes;

2° Les altérations de l'utérus et de ses annexes chez 197 femmes.

Les altérations de l'utérus et celles du péritoine se trouvaient diversement combinées dans 165 cas; elles existaient isolément dans 57 cas, savoir :

1° Pour le péritoine dans 28 cas;

2° Pour l'utérus dans 29 cas.

Si maintenant, nous considérons séparément dans ce tableau chacune des altérations de l'utérus, nous trouvons :

A. Altérations du corps de l'utérus.

1° Métrite simple, 79 fois;

2° Ramollissement superficiel, 29 fois;

3° Ramollissement profond, 20 fois;

4° Inflammation des ovaires, 58 fois;

5° Inflammation avec abcès, 4 fois.

(1) Ouvrage cité, vol. XXII, page 482.

Il résulte de ce tableau 1° que les altérations de l'utérus, prises dans leur ensemble, l'emportent un peu sur celles du péritoine, et qu'elles les dépassent de beaucoup si on les considère isolément; 2° que ces deux ordres d'altérations se combinent le plus souvent entre eux; 3° que chacune d'elles peut manquer tour à tour.

Si nous nous arrêtons un instant aux différentes combinaisons des altérations de l'utérus entre elles, nous en déduirons aussi quelques considérations importantes : les veines contenaient du pus dans trente-deux cas de suppuration de l'utérus. On pourrait en conclure que la présence de ce liquide au sein des vaisseaux était un résultat de l'absorption. Mais, d'un autre côté, la même altération est constatée dans onze cas de ramollissement de l'utérus sans suppuration, dans trente-quatre cas de péritonite simple, enfin chez huit sujets qui n'offraient pas d'autre altération. Il est difficile de penser que le pus qui se trouvait dans les vaisseaux ait été pris dans le péritoine; d'abord parce qu'on ne voit pas de communication directe entre ces parties; que, dans cette hypothèse, l'absorption du pus se serait faite aussi par d'autres veines; qu'enfin l'épanchement produit par l'inflammation du péritoine est le plus souvent séreux, et bien différent du pus contenu dans les vaisseaux de l'utérus. Il faut donc au moins admettre que, dans plus de la moitié des cas, le pus s'est primitivement formé dans la cavité des veines, et douter pour le reste.

Pour compléter l'histoire des altérations que l'on observe à la suite des fièvres puerpérales, il nous resterait encore à parler de celles qui ne sont que secondaires, accidentelles. Nous nous bornerons à en donner le tableau, toujours d'après de M. Tonnelé; il donnera une idée assez fidèle de ces lésions.

Altérations secondaires, accidentelles, observées à la suite de la fièvre puerpérale. Sur 222 autopsies, M. Tonnelé a trouvé :

§ I. — Poitrine.

A. Altérations de la plèvre.

1° Pleurésie le plus souvent circonscrite.	29
2° Épanchement de sang dans les plèvres.	6
3° Idem de sérosité dans les mêmes séreuses.	8
Total.	43

§ IV. — Altérations du tissu cellulaire.

A. Suppuration du tissu cellulaire.

1° Suppuration du tissu cellulaire du bassin.	6
2° Infiltration sanguine..	2
Total.	8

A ces différentes lésions s'en joignent fréquemment d'autres moins susceptibles d'une rigoureuse précision. Ainsi, dans un grand nombre de cas, dit Tonnelé (1), nous trouvons tous les organes gorgés de sang, les poumons, le foie, le cœur, le cerveau, etc.; ou bien ils étaient ramollis, flasques et comme flétris; des produits gazeux distendaient le plus souvent le tube digestif. La membrane muqueuse, presque constamment saine et d'une blancheur parfaite, était recouverte tantôt d'une énorme quantité de bile mêlée de mucosités, tantôt de matières brunes, épaisses, fétides. La vessie offrait de fréquentes traces d'inflammation; le périnée des déchirures et des eschares superficielles ou profondes, qu'on observait aussi dans d'autres points. Quant au cerveau, il ne nous a jamais présenté d'autres lésions que l'injection ou la mollesse, qu'on retrouvait aussi dans les autres organes.

Voillemier dit avoir rencontré, six fois, du pus dans les plèvres et jamais dans les poumons. Quelle que gêne de la respiration, dit-il, que ces malades aient éprouvée, il n'existait dans ces organes qu'un peu d'engouement à la partie postérieure et inférieure, et pas une seule fois une collection ou une simple pneumonie.

« Quant aux lésions anatomiques de la fièvre puerpérale sporadique, dit Hyppolite Bourdon (2), comme dans la fièvre puerpérale épidémique, tantôt on ne rencontre rien ou presque rien, qu'un peu de sérosité trouble, rougeâtre dans le péritoine ou dans le tissu cellulaire sous-péritonéal; tantôt des signes de phlébite utérine, des ramollissements de l'utérus, des traces de péritonite plus ou moins grave; le ramollissement de la plupart des organes, de la rate, etc.; des ulcérations plus ou moins profondes des intestins sans traces d'inflammation environnante. Du pus infiltré dans le tissu

(1) Ouvrage cité, page 488. — (2) Ouvrage cité.

cellulaire des membres, à leur partie postérieure et sous le péritoine qui recouvre l'utérus, sans trace de phlébite, de lymphangite utérine, ni d'abcès métastatiques dans les organes parenchymateux. Une altération constante, c'est d'abord un détritus, couleur lie de vin, ou noirâtre, d'une odeur plus ou moins infecte, que formait une couche variable, pour l'épaisseur, à la face interne de l'utérus. La quantité, surtout la fétidité de cette substance était d'autant plus grande, que l'utérus était resté plus volumineux; et l'on verra que, pour le traitement, cette circonstance conduit à une indication particulière. Ce détritus peut être considéré comme le produit coagulé, plus ou moins putréfié, de la sécrétion lochiale, de même que l'espèce de couche pseudo-membraneuse même, qui tapissait la face interne de l'utérus dans quelques cas, peut être regardée comme une exsudation particulière de l'organe, indépendante de toute inflammation qui, si on l'admettait, ne serait pas suffisamment caractérisée par cette lésion. »

Nature de la fièvre puerpérale.

Si l'on rencontre encore sur la nature de certaines maladies bien connues sous le rapport des causes, des symptômes et des lésions anatomiques, une divergence d'opinion parmi les auteurs, c'est surtout parmi celles dont les causes sont obscures, incertaines, où jusqu'ici le diagnostic ne s'est encore appuyé sur aucune base solide, où les recherches nécroscopiques ont donné lieu aux résultats les plus variés, comme dans la fièvre puerpérale, que l'on doit rencontrer les opinions les plus contradictoires. Pour établir de l'ordre dans ce que nous avons à dire sur un sujet aussi important, nous allons diviser en quatre paragraphes cette partie pathologique de la pyrexie des nouvelles accouchées. Dans le premier, nous ferons connaître l'opinion des anciens sur la nature de cette affection; dans le deuxième, nous ferons connaître celle des partisans du système de l'irritation; dans le troisième, celle des auteurs modernes sur le même sujet; dans le quatrième, nous exposerons notre manière de voir.

§ I^er^. *Opinion des anciens sur la nature de la fièvre puerpérale.* Longtemps confondue avec d'autres maladies, la fièvre puerpérale a toujours subi le joug des doctrines médicales régnantes. « Elle ne s'en est même

pas affranchie, dit Baudelocque (1), depuis que par les travaux de Hunter, de Walter, de Jhonston, de Forster, de Cruiskank, de Pinel, de Bichat, de Laënec et autres, son véritable siége, ses caractères anatomiques ont été bien constatés, bien connus : car on trouve dans l'exposé de son histoire et de son traitement que l'humorisme le plus extrême a fait place au solidisme le plus outré. »

Sur la fin du siècle dernier, on ne voyait en France, dans les maladies des femmes en couches, que désordres occasionnés par la présence du lait dans les humeurs. Les remèdes en vogue, à cette époque, étaient des vomitifs, des purgatifs, des sudorifiques, des diurétiques de toute espèce, que l'on gratifiait du nom d'anti-laiteux. Nolte (2) dit : « *Quando autem inflammatorii aliquid in hâc febre observatur, fere nunquam inflammatio vera et pura, sed potiùs complicata est; quod bene distinguendum : nam quod si inflammatio sit complicata, in errorum incideres, et sœpe noxios produceres effectus, se methodo antiphlogisticâ uti velles.* »

« Leake, d'après Tonnelé (3), qui était resté étranger aux idées des métastases laiteuses, alors généralement répandues, avait déjà entrevu la cause des accidents de la fièvre puerpérale putride. Suivant lui, cette affection n'était primitivement que le résultat d'une inflammation, et si, plus tard, elle devenait putride, c'était par l'absorption des divers fluides purulents, formés, dans l'abdomen, fluides qui se mêlaient au sang et excitaient une fermentation putride dans toute sa masse. Ces idées étaient-elles le résultat de l'observation, ou de simples vues théoriques? Je l'ignore; mais elles n'en sont pas moins très-remarquables, pour l'époque où elles ont été émises. »

§ II. *Opinion des partisans du système de l'inflammation sur la nature de la fièvre puerpérale.* Lorsqu'apparut le système de Broussais, l'on ne vit plus qu'inflammation par cause externe dans les fièvres graves aussi bien que dans la fièvre puerpérale, et les moyens devenus à la mode, fu-

(1) Ouvrage cité, page 1. — (2) *Dissert. sur la fièvre puerp.*, 1785, page 55. — (3) *Arch.*, ouvrage cité, tome II, page 360.

l'effet pour la cause, que des altérations qu'ils regardaient comme la maladie elle-même, n'étaient que des résultats de la maladie, et que l'altération primitive leur échappait, même dans les cas où ils avaient cru la saisir. Pendant plusieurs années, la fièvre puerpérale fut effacée du cadre nosographique et on ne vit plus que des péritonites et des métro-péritonites puerpérales, de même qu'ailleurs on ne voyait plus que des gastro-entérites. La réaction en faveur des fièvres, auxquelles on donne maintenant le nom de fièvres typhoïdes, devait en amener une dans la manière de considérer les affections aiguës des femmes en couches, et l'anatomie pathologique, dont on ne saurait, sans injustice, méconnaître les éminents services, conduisait elle-même à ce résultat. Elle montrait que si l'altération des follicules intestinaux était quelquefois très-peu considérable ou tout à fait nulle, malgré l'issue fatale de la maladie, il en était, dans quelques cas, de même de la péritonite et de la métro-péritonite puerpérales. Elle constatait non-seulement l'absence ou l'insuffisance d'altérations appréciables, comme dans la fièvre typhoïde, mais encore leur diversité, malgré la ressemblance ou l'identité presque parfaite des symptômes. En effet, outre la péritonite et la métro-péritonite, outre la putrescence de l'utérus, n'a-t-on pas encore signalé, dans ces dernières années, la phlébite, la lymphangite utérine, diverses altérations de la muqueuse intestinale, en particulier de son appareil folliculaire, des lésions simultanées de plusieurs séreuses, une sorte de pyogénie générale, toutes altérations rencontrées tour à tour dans des épidémies en apparence semblables, mais qui n'avaient souvent de commun que leur excessive gravité, et l'inefficacité des moyens employés pour les combattre, toutes altérations également observées dans la même épidémie, chez des accouchées différentes, dont la maladie avait présenté les mêmes symptômes et suivi la même marche.

Est-ce à dire pour cela que chez une femme en couches toute maladie sera une fièvre puerpérale, qu'il ne saurait y avoir de métrite, de péritonite, de pleurésie même? Non sans doute; mais quand ces maladies existent seules, elles ont aussi d'autres caractères que ceux de la fièvre puerpérale. C'est ce que, chaque jour, dans la pratique civile, on a occasion

part. A cela nous répondrons que, dans la plupart des cas, c'est effectivement un effet secondaire, mais un effet qui devient lui-même cause, et cause si puissante, qu'il donne à la maladie une face toute nouvelle, change entièrement sa nature, et crée par conséquent des indications thérapeutiques spéciales; il est donc indispensable de considérer séparément et en lui-même cet important élément.

Plus loin, le même auteur dit : « Les causes éloignées de la fièvre puerpérale typhoïde pouvaient se rapporter presque constamment à la suppuration des veines ou des vaisseaux lymphatiques de l'utérus, et au ramollissement de cet organe : la cause prochaine à une altération du sang tantôt inconnue dans sa nature et non susceptible de démonstration, comme dans le ramollissement, tantôt, au contraire, évidente, palpable, comme dans la suppuration des vaisseaux.

« Autour de ces altérations primitives, s'en groupent ordinairement de nouvelles, suites rigoureuses et conséquences immédiates des premières : les abcès du poumon, du foie, du pancréas, des muscles, des articulations, les pleurésies et les pneumonies circonscrites, la gangrène du poumon, la désorganisation et la perforation de l'estomac, la flaccidité des tissus et souvent le ramollissement de tous les organes, la fluidité, le changement d'aspect du sang. »

D'après ce qui précède, il est facile de comprendre que M. Tonnelé ne considérait pas la fièvre puerpérale comme ayant, dans tous les cas, une seule et même nature; sous ce rapport son opinion se rapproche de celle de A.-C. Baudelocque, c'est-à-dire qu'elle tient de l'humorisme et du solidisme : nous ne pouvons attribuer cette duplicité dans la manière de voir de deux auteurs aussi distingués, qu'à un reste de respect pour la nouvelle doctrine physiologique qui, au moment où ces écrivains publiaient leurs opinions sur la nature de la fièvre puerpérale, commençait seulement à tomber en ruines. Car, selon nous, c'est commettre une erreur fondamentale, que de ne pas admettre, dans cette affection comme dans toutes les autres, une seule et même nature, reconnaissant des causes variées, pouvant donner lieu à des symptômes variables selon une foule de circonstances, susceptible de complications avec des maladies de nature

différente, avec des altérations anatomiques diverses, mais qui ne peuvent modifier que ses caractères symptomatiques, prognostiques et thérapeutiques, sans la changer dans son essence.

3° *Voillemier*. « Après avoir décrit aussi fidèlement que possible, dit-il (1), les altérations pathologiques et les symptômes que j'ai observés, il me resterait encore à dire quelle corrélation existait entre eux; mais, il faut l'avouer, s'il était quelquefois permis de diagnostiquer certainement ou une péritonite à cause d'un épanchement constaté dans la cavité du péritoine, ou des abcès dans l'épaisseur des muscles des membres, jamais il n'était possible de savoir si l'on rencontrerait du pus dans les veines, dans les lymphatiques, dans le tissu cellulaire, ou dans l'épaisseur de l'utérus. On pouvait tout au plus avoir quelques présomptions en se fondant sur les autopsies précédentes, pour prévoir les lésions qui se présenteraient, à cause de l'espèce d'uniformité, qu'affectent, dans leur développement tout entier, les maladies épidémiques. C'est qu'en effet la fièvre puerpérale n'est pas une maladie de tel ou tel organe en particulier ; ce n'est pas plus une métro-péritonite qu'une phlébite ou une lymphangite utérines, mais une affection éminemment générale. On est forcé d'admettre qu'à un même groupe de symptômes peuvent se rapporter les altérations anatomiques les plus différentes. Si, ne considérant plus quel est le siége de ces altérations, on envisage seulement leur nature, on verra que peu importe les tissus affectés, mais qu'il existe un caractère anatomique invariable, la présence du pus dans l'économie; que ce pus se rencontre presque constamment dans le péritoine, cela s'explique par les modifications importantes qu'a éprouvées cette membrane pendant la gestation, par les tiraillements que lui font subir les contractions réitérées de l'utérus après l'accouchement, et par la susceptibilité phlegmasique si prononcée des séreuses ; que ce pus soit assez souvent dans les veines, dans les vaisseaux lymphatiques et dans l'épaisseur même du tissu de la matrice, cela s'explique encore par le développement considérable de ces organes, par leur

(1) Ouvrage cité, page 96.

vitalité si singulièrement exagérée. Mais on comprend aussi comment toutes ces lésions peuvent exister isolément ou être réunies, comment elles se trouveront manquer tandis qu'il y aura cependant du pus dans l'épaisseur des muscles ou dans le tissu cellulaire du bassin, comment il ne se rencontrera aucune altération anatomique appréciable si les éléments du pus n'ont pas encore eu le temps de se fixer, et enfin comment des caractères anatomiques si divers en apparence appartiennent à un même ordre de symptômes. Pourquoi cette identité dans les symptômes? C'est que dans tous ces cas il existe un état pyogénique de l'économie constituant à lui seul toute la maladie, et qui tantôt s'est révélé par des lésions anatomiques manifestes, tantôt a échappé à nos investigations quand une mort trop prompte ne lui a pas laissé le temps de se traduire par quelque altération locale. La fièvre puerpérale serait donc une maladie essentiellement générale, dont le caractère anatomique est l'existence de pus dans tel ou tel point de l'économie. La désignation de fièvre pyogénique des femmes en couches rend parfaitement ma pensée. »

Malgré les faits et les raisonnements sur lesquels repose l'opinion de M. Voillemier, cependant elle ne nous paraît pas l'expression de la vérité. En effet, qu'est-ce que le pus? C'est un liquide morbide, sans analogue dans l'état sain, qui est une conséquence, une des productions du travail inflammatoire. Si, donc, on le rencontrait constamment dans la fièvre puerpérale, si, dans les cas où on ne le rencontrerait pas, on attribuait cette absence apparente non à ce que le pus n'existe pas, mais à ce que nos moyens d'investigation ne sont pas assez parfaits pour le découvrir, ou à ce que les éléments du pus n'ont pas encore eu le temps de se fixer, j'en conclurais toujours que cette substance n'est que le produit d'une autre lésion, que ce n'est qu'un effet, et que partant il ne peut être considéré comme l'élément primitif et constant, comme l'essence enfin de la maladie. En ajoutant à ce qui précède que M. Paul Dubois a rencontré des cas de fièvre puerpérale tellement graves et si promptement mortels, qu'à l'autopsie des cadavres on ne trouvait pas de pus, et que, s'il en existait, c'était en quantité inappréciable, incapable de donner lieu à des symptômes aussi intenses, à une marche aussi aiguë, à une terminaison aussi

promptement funeste, on aura des motifs assez puissants pour placer ailleurs que dans un état pyogénique de l'économie la nature de la fièvre puerpérale.

4° *Hyppolite Bourdon.* « J'ai observé, dit-il (1), en 1840, à l'Hôtel-Dieu de Paris, un grand nombre de fièvres puerpérales. Cette maladie, qu'on ne peut regarder, malgré sa fréquence, comme épidémique, s'est montrée néanmoins avec des symptômes caractéristiques toujours les mêmes, avec un aspect et une marche particulière vraiment remarquables, tandis qu'à l'autopsie des malades qui ont succombé, on a trouvé des lésions anatomiques bien diverses. Plusieurs de ces altérations pouvaient être rapportées à l'inflammation qui, dans cette affection, se termine, avec une facilité et une promptitude extraordinaires, par la formation du pus dans différents points de l'économie. Mais on ne pouvait regarder certaines lésions très-graves comme le résultat de cette inflammation toute spéciale.

« Maintenant, si on joint à ces considérations la fluidité du sang trouvé dans le cœur et les gros vaisseaux, le ramollissement de presque tous les organes, y compris le tube digestif, ramollissement observé sans traces d'inflammation, même au voisinage, n'est-on pas autorisé à regarder la maladie qui nous occupe, comme une affection générale liée à une altération, à une intoxication du sang, et se traduisant toujours par un même ensemble de symptômes, malgré la diversité des désordres produits? Ces désordres, à la vérité, se remarquent plus souvent dans la cavité du bassin que dans toute autre partie du corps, mais cette circonstance est facilement expliquée par les conditions particulières dans lesquelles se trouve la femme après les fatigues de la grossesse et le travail de l'enfantement.

« Depuis longtemps, continue cet auteur, on dit qu'il survient des changements dans les liquides de l'économie pendant ces états physiologiques, et surtout au moment où la sécrétion lactée s'établit; une altération de ces liquides, du sang, par exemple, est-elle donc une chose si extraor-

(1) *Annales de gynécologie et de pédiatrique*, tome II, page 355.

dinaire, si peu admissible, chez une femme récemment accouchée, épuisée de fatigues, quand les lois de l'hygiène ne sont pas rigoureusement observées autour d'elle, ou qu'il règne une de ces épidémies si fréquentes dans les maisons d'accouchement? Souvent après l'accouchement, l'utérus, frappé d'atonie, ne revient pas complétement sur lui-même. Cette condition fâcheuse, qui est cause fréquente de métrorragies, peut aussi, suivant M. Récamier, permettre à l'air de pénétrer dans l'intérieur de la matrice, surtout quand on y pratique des manœuvres quelquefois inconsidérées, et avoir, de cette manière, une influence très-grande sur la production de certaines fièvres puerpérales. On conçoit, en effet, que l'action de l'air sur les matières organiques contenues dans la cavité utérine puisse leur faire contracter des propriétés délétères ; que ces matières plus ou moins putréfiées, en contact avec les sinus béants, soient absorbées et qu'elles aillent infecter toute l'économie. L'espèce d'empoisonnement qui résulte de cette absorption offre de grandes analogies avec l'infection purulente, et doit, je pense, être rangée avec cette dernière parmi les maladies essentiellement générales. »

5° ***Paul Dubois.*** « Ne peut-on pas conclure, dit-il (1), qu'une même cause, sans doute très-générale, une même altération primitive, cette inconnue que nous cherchons, que nous soupçonnons à peine, et qui nous échappera peut-être longtemps encore, a, dans quelques cas, agi avec une telle violence sur les sources principales de la vie, qu'une altération secondaire n'a pas eu le temps de se produire, et que la mort a été la conséquence très-prompte, presque instantanée de cette action. D'un autre côté, à voir tant et de si différentes lésions avec un appareil symptomatique à peu près le même, ne doit-on pas admettre encore la préexistence et l'influence d'une même cause, d'une même altération primitive dont les effets ont été différents, et, suivant les cas, simples quelquefois, quelquefois complexes ? Si ces altérations ne sont pas toute la maladie, on ne saurait nier qu'elles ne finissent quelquefois par la constituer toute entière, et par en faire toute la gravité, comme cela a lieu si souvent pour l'entérite folliculeuse une fois développée. Mais

(1) *Dict. de méd.*, deuxième édition, tome XXVI, page 337.

Les deux auteurs précédents placent bien dans une altération du sang le siége de la fièvre puerpérale et ils appuient leurs opinions d'arguments solides. Mais tandis que l'un (H. Bourdon), se contente d'admettre purement et simplement cette altération sans s'enquérir en quoi elle consiste, l'autre (M. Paul Dubois) va plus loin, et, d'après les résultats obtenus par MM. Andral et Gavarret dans leurs recherches chimiques sur la composition du sang des individus atteints de fièvres graves, il soupçonne que l'altération du sang des femmes atteintes de fièvre puerpérale pourrait bien consister aussi, comme dans la fièvre typhoïde, en une diminution de la fibrine de ce liquide.

6° *Justus Liebig.* « La putréfaction, dit-il (1), de quelques caillots retenus dans la cavité utérine, et mieux encore des petits bouchons de sang coagulé qui ferment les orifices veineux béants à l'intérieur de l'utérus, donnent lieu à la formation de quelques produits toxiques, dont une seule molécule une fois en contact avec le sang, si abondant encore dans les sinus, joue le rôle d'excitateur dans ce liquide si disposé par sa nature à se prêter à toutes les transformations. Et peut-être en est-il de cette molécule, qui est un produit de la décomposition du sang, comme de la levure qui est un produit de la décomposition du gluten. Introduite dans un liquide, qui en contient les éléments, elle s'y reproduit, et s'y reproduit de proche en proche par une série de décompositions successives, d'où résulte une intoxication générale. » Telle est, comme l'admet M. Paul Dubois, l'une des sources possibles et certainement probables de la viciation du sang qui peut donner lieu à la fièvre puerpérale. Aussi l'avons-nous fait entrer, dans la partie étiologique, comme une des causes possibles de la fièvre puerpérale, surtout sporadique.

§ IV. *Notre opinion sur la nature de la fièvre puerpérale.* Ce que nous venons de voir relativement à l'opinion des auteurs anciens et modernes sur la nature de la fièvre des couches, nous conduit graduellement à une altération du fluide sanguin comme essence de cette maladie. Nous avons vu que déjà les anciens l'admettaient et l'expliquaient conformément aux théories

(1) *Chimie organique*, page 351 et suivantes.

de leur ère. Nous avons vu qu'ensuite les partisans du système de Broussais avaient mis tout à l'œuvre pour renverser cette opinion ancienne, et pour accommoder à leurs vues systématiques la nature de la fièvre puerpérale comme celle des autres pyrexies. Mais leurs raisonnements théoriques à cet égard, comme toutes les théories systématiques médicales, ne devaient avoir qu'une existence éphémère. Aussi les faits, inflexibles aux idées systématiques et dont un des effets importants est de ramener dans la bonne voie les observateurs consciencieux qui auraient pu en être momentanément détournés, n'ont pas tardé à faire saillir l'erreur où conduisaient les partisans de la localisation des fièvres, et des auteurs de mérite commencèrent à rattacher et à l'altération de certains organes et à celle du fluide sanguin la nature de la maladie qui nous occupe : cette opinion complexe était commandée par les circonstances du moment; on ne passe pas, en effet, spontanément de la médecine éclectique à la médecine systématique, comme on ne quitte pas brusquement celle-ci pour ressaisir la première. Mais, à mesure que la médecine d'observation a fait des progrès, nous avons vu les praticiens les mieux placés, les plus capables, abandonner complétement l'idée de localiser les fièvres pour les rattacher à une cause générale, à une altération du sang; d'abord, nous les voyons se contenter d'admettre purement et simplement l'altération du sang comme cause prochaine de cette classe de maladies. Plus tard, ils cherchent à découvrir l'espèce d'altération qui préside à ces affections. Andral et Gavarret y parviennent, quant aux pyrexies en général, par l'analyse chimique du sang, et M. Dubois, par suite de l'analogie si grande qui existe entre ces pyrexies et la fièvre puerpérale, soupçonne que l'altération sanguine que ces auteurs (Andral et Gavarret) ont rencontrée dans les fièvres graves, est probablement celle qui constitue la nature de la fièvre des nouvelles accouchées. Mais, dit-il, nulle recherche n'est encore venue nous éclairer à ce sujet. C'est à ce genre de recherches que nous nous sommes livré, pour tâcher de procurer à la science une partie des éclaircissements que réclame M. P. Dubois.

Les longs détails dans lesquels nous sommes entré sur les causes de la fièvre puerpérale, sur ses symptômes, son diagnostic, les lésions nécros-

copiques qu'elle laisse à sa suite, les opinions des auteurs sur sa nature, nous permettront d'être court sur ce qu'il nous reste à dire quant à cette dernière partie de la pyrexie des couches.

Dans l'état actuel de la science, lorsqu'à l'ouverture des corps l'examen le plus attentif ne montre aucune lésion appréciable, ou lorsque les lésions observées ne paraissent pas pouvoir expliquer la gravité des symptômes, on est généralement porté à admettre une altération cachée, soit dans le système nerveux, dont l'organisation est partout si délicate, dont les dernières ramifications échappent au scalpel le plus habile, et dont la connaissance des actes physiologiques, et, conséquemment, des phénomènes pathologiques, laisse encore tant à désirer, soit dans les liquides animaux, et particulièrement dans le sang, qui joue un rôle si important, si général, dans l'accomplissement des fonctions vitales, et, par suite, dans le développement de phénomènes pathologiques généraux. Il nous semble que, dans la fièvre puerpérale, on devrait incliner à placer dans les liquides plutôt que dans les nerfs le point de départ de la maladie. En effet, les affections regardées comme ayant leur siége dans le système nerveux se montrent généralement sans appareil fébrile, et l'absence constante de toute lésion anatomique après la mort est un de leurs caractères. Dans la fièvre puerpérale, au contraire, l'absence de lésions anatomiques est l'exception, la fièvre est plus intense peut-être que dans aucune autre maladie connue; il était donc naturel de penser que le mal avait son point de départ ailleurs que dans le système nerveux.

D'après ce qui précède, il est donc constant que la nature de la fièvre puerpérale consiste en une altération du sang, et, comme nous l'avons vu, cette opinion repose sur le raisonnement, sur l'analogie qui existe entre la fièvre puerpérale et la fièvre typhoïde, sur le résultat des analyses chimiques du sang dans les pyrexies, sur l'état de ce fluide trouvé dans le cœur et les gros vaisseaux, sur le grand nombre de fonctions altérées dans cette maladie, sur l'absence, dans certains cas, de lésions anatomiques, sur leur variation et sur leur insuffisance pour expliquer les phénomènes qui ont existé, sur l'intensité réactionnelle qui, généralement l'accompagne, enfin sur la nature des symptômes et des altérations anatomiques que l'on ren-

siologique, et que cette augmentation constituait, dans le sang, le caractère des phlegmasies aiguës.

5° Dans la fièvre puerpérale, l'élément du sang que nous avons trouvé sorti des limites physiologiques, est encore la fibrine ; mais ce n'est plus le maximum physiologique qu'elle dépasse, c'est en dessous du minimum normal qu'elle se trouve abaissée.

Il résulte donc de ce qui précède que la nature de la fièvre puerpérale est une altération du sang, et que cette altération consiste en un abaissement plus ou moins considérable de l'élément spontanément coagulable de ce fluide.

Si l'on compare ces résultats avec ceux obtenus par MM. Andral et Gavarret dans les fièvres typhoïdes, on est frappé des rapports qui existent entre leurs chiffres et les nôtres, et on est aussitôt porté à conclure que la fièvre puerpérale ressemble à la fièvre typhoïde non-seulement sous le rapport des altérations des fonctions et des solides, mais encore sous le rapport de l'altération des liquides. Et, si la limite du concours, juste en même temps que sévère, nous l'eut permis, nous eussions, à l'instar des auteurs précités, essayé de faire l'application de ces conséquences chimiques à la symptomatologie et à l'anatomie pathologique de la fièvre puerpérale. Le temps nous manquant, et les applications faites par MM. Andral et Gavarret pouvant s'étendre de la fièvre typhoïde à la maladie qui nous occupe, nous nous trouvons forcé de terminer ce qui est relatif à la nature de la pyrexie des nouvelles accouchées par les quelques considérations suivantes.

Dans plusieurs endroits de son hématologie pathologique, M. Andral insiste sur les rapports qu'on peut établir entre l'état de dissolution du sang et un certain nombre de phénomènes morbides. C'est que, en effet, c'est là un des faits les plus importants de la médecine, fait étudié avec beaucoup de soin par les auteurs des siècles précédents, et duquel les doctrines toutes solidistes de nos jours avaient complétement détourné l'attention. Il a démontré que cet état de dissolution du sang coïncidait constamment avec une diminution de sa quantité de fibrine. « Mais, dit-il (1),

(1) *Hémat. pathol.*, page 137.

est-ce l'altération la plus reculée à laquelle il nous soit donné d'arriver? Avant que la fibrine diminue, n'y a-t-il pas eu dans le sang quelque autre changement de composition, dont l'abaissement de la fibrine au-dessous de son chiffre normal n'est lui-même que la conséquence? On peut à cet égard citer quelques faits : M. Magendie (1) en injectant dans les veines d'animaux vivants une solution concentrée de sous-carbonate de soude, ne trouva plus, dans les cadavres de ces animaux, qu'un sang presque entièrement liquide; pendant leur vie, ils offraient des accidents analogues à ceux que l'on observe dans les maladies où les anciens admettaient un état de dissolution du sang. On peut aussi rappeler que, dans le sang, devenu moins coagulable que de coutume, d'individus morts de fièvre grave ou de scorbut, quelques auteurs affirment avoir trouvé une quantité surabondante de substances alcalines. Dirai-je, enfin, que, dans des recherches que je poursuis avec M. Gavarret sur les variations que les matériaux inorganiques du sang peuvent présenter relativement à leurs proportions, j'ai trouvé entre autres faits, que le sang qui contenait le maximum d'alcali libre appartenait à un individu fortement scorbutique. Ce résultat est analogue à celui annoncé déjà depuis quelques années par Fremy.

« Les diverses substances virulentes et miasmatiques qui, introduits dans le sang, ont pour effet de le rendre moins coagulable, agiraient donc sur la fibrine à la manière des substances alcalines dont il vient d'être question. Ainsi agirait également le venin de la vipère qui, au rapport de Fontana, produit la dissolution du sang. »

En état de santé, le corps est alcalin. Dans certains états pathologiques, cette alcalinité peut subir un degré de diminution telle qu'il en résulte non-seulement une altération générale de la santé, mais encore le développement de certaines maladies. C'est ainsi que M. Mialhe a expliqué la nature véritable du diabète sucré, complétement ignorée jusqu'à lui, et l'explication, qu'il en donne, nous paraît complétement satisfaisante ; elle a, du reste, été sanctionnée par des faits : nous-mêmes en avons recueilli plusieurs. « Le sucre de raisin, dit-il, ne réagit en aucune façon sur les sels

(1) *Physiologie*, tome II, page 316.

de cuivre, lorsqu'il est pur; mais lorsqu'il a été préalablement traité par un alcali, il devient corps combustible, et en cette qualité, il décompose l'oxyde de cuivre, s'empare de l'oxygène et met le cuivre à nu. Mais l'alcali n'est pour rien dans cette réaction; car si, après avoir mis du sucre de raisin en contact avec de la potasse, on sature cette potasse, le sucre n'en conservera pas moins sa propriété acquise de corps combustible, et réagira sur l'oxyde de cuivre comme on vient de voir.

« On sait d'autre part, ajoute-t-il, que dans l'économie les fécules sont promptement transformées en sucre de raisin, lequel, par des oxygénations successives, doit se transformer en acide carbonique et devenir ainsi un des produits expulsés dans l'acte respiratoire. Or, M. Mialhe s'est demandé si, dans le diabète sucré, la sécrétion du sucre en nature ne serait pas due à ce que l'économie ne contiendrait pas une quantité d'alcali suffisante pour transformer en matière combustible le sucre provenant de la fécule prise dans les aliments. Eh bien! la pratique est venue justifier cette hypothèse, et l'administration des préparations alcalines, chez les diabétiques, a donné les résultats les plus confirmatifs à cet égard. »

Partant des recherches et des faits de M. Mialhe, je me suis dit : si l'état alcalin du corps est susceptible d'une diminution pathologique, pourquoi ne serait-il pas susceptible de l'état opposé, c'est-à-dire d'éprouver une augmentation telle que cet excès d'alcalinité ne soit plus compatible avec la santé et qu'il en résulte un état maladif?

Quel est le caractère essentiel de la fièvre puerpérale et de la fièvre typhoïde? C'est une diminution, dans le sang, du chiffre de sa fibrine. Mais cette diminution s'observe dans bien d'autres circonstances, sans qu'il y ait pour cela fièvre typhoïde ou fièvre puerpérale. C'est ainsi qu'on rencontre une diminution de cet élément du sang, dans le scorbut, dans certains états hémorragiques; il existe bien quelques traits de ressemblance entre ces affections et les fièvres précitées, qui appartiennent, sans doute, à l'altération du même élément du sang dans l'un et l'autre cas. Mais que de différences dans les symptômes, les causes, la marche de l'affection, ses complications, son anatomie pathologique, et son traitement! Et cette différence à quoi tient-elle? Voilà le difficile du problème. Il existe donc autre

en obtiennent, à quoi peut-on les attribuer si ce n'est à la neutralisation d'une partie de l'alcalinité du corps qui est en excès.

7° Il n'est pas rare de voir la fièvre typhoïde aussi bien que la fièvre puerpérale se développer sous forme sporadique, d'une manière isolée; alors on ne peut l'attribuer à une cause générale, qui, répandue dans l'air, agit à la fois sur les masses et ne produit pas d'effet isolé. Il faut donc, pour se rendre raison de ces cas sporadiques, de ces développements spontanés de la maladie, chercher et trouver une cause individuelle, et cette cause ne la trouve-t-on pas encore dans cet excès d'alcalinité du corps? L'on conçoit, en effet, qu'un excès d'alcalinité de l'économie peut avoir une réaction chimique directe ou indirecte sur la composition élémentaire du sang. Si l'excès d'alcalinité est porté très-loin, il agira directement sur le sang en dissolvant une partie plus ou moins considérable de sa fibrine. Si cet excès est moins prononcé, il pourra cependant suffire pour communiquer au chyle et aux autres substances qui se mélangent au sang, une propriété alcaline capable d'altérer la composition de ce fluide.

Je laisse aux chimistes le soin de constater cet état d'alcalinité du corps, constatation qui manque à la théorie que nous venons de développer, et à laquelle les faits précédents nous paraissent donner un grand degré de probabilité. Ici encore, comme dans tant d'autres circonstances, les recherches chimiques sont appelées à des découvertes, à des vérifications importantes qui nous donneront la solution d'une foule de questions douteuses jusqu'à ce jour, et qui pourraient servir à l'explication de bien des phénomènes pathologiques dont la véritable science reste dans les ténèbres.

Thérapeutique de la fièvre puerpérale.

La thérapeutique de la fièvre puerpérale, comme son étiologie et sa nature, est encore remplie d'incertitude. Et comment en serait-il autrement dans une maladie encore si obscure dans ses causes et sa véritable essence! L'ignorance des premières, ou du moins de leur propriété et de leur mode d'action, ne permet jamais aux praticiens de faire, comme en tant d'autres circonstances, disparaître la cause morbide avant de recourir

l'on ne connaît de celles qui occasionnent la fièvre puerpérale épidémique, que leur existence dans l'air; mais aussi longtemps que ces miasmes resteront inconnus dans leur nature, leurs propriétés physiques et chimiques, leur mode d'action, il sera impossible à l'art de leur opposer une digue; et, jusque-là on doit s'attendre à voir de temps à autre reparaître ce fléau des femmes en couches.

Déjà nous avons fait connaître le traitement à suivre immédiatement après l'accouchement et pendant l'époque des couches; ces moyens entrent pour beaucoup, dans la prophylaxie de cette maladie; Delaroche (1), considère comme seul moyen préservatif de la fièvre puerpérale l'usage des lavements.

Plusieurs auteurs ont recommandé l'usage des laxatifs comme moyens préservatifs de cette maladie. Nous avons cité à cet égard les expériences de Cedereskiol qui ne sont pas favorables à cette manière de voir, et qui prouvent l'efficacité des lavements.

Aussitôt que la fièvre puerpérale fut considérée comme une inflammation de l'utérus, on crut que l'on parviendrait à la prévenir par la saignée, mais l'expérience n'a pas confirmé toutes les espérances que l'on avait conçues.

Les partisans des métastases laiteuses ont prétendu que les femmes qui allaitent leurs enfants, étaient moins sujettes à la fièvre puerpérale que celles qui ne le font pas. L'expérience, jusqu'à cette heure, n'a pas encore prononcé d'une manière bien claire sur cette loi médicale.

White (2) était persuadé que la fièvre aiguë des nouvelles accouchées est souvent occasionnée par l'altération, la putréfaction des lochies qui séjournent dans l'utérus et le vagin, à cause de la position horizontale que l'on fait garder aux femmes. Il recommande, en conséquence, de les faire mettre sur leur séant plusieurs fois par jour.

Le renouvellement de l'air, surtout dans les hôpitaux, dans les chambres petites et basses, dans les quartiers où le vent circule difficilement, dans les saisons chaudes surtout, est un moyen utile.

(1) *Traité de la fièvre puerp.*, page 254. — (2) Ouvrage cité, pages 401 et 402.

qu'à l'esprit de système, qu'à la constitution atmosphérique, etc., cette variation dans les résultats obtenus par une même médication, la préconisation de la saignée, même abondante et répétée par les uns, sa proscription par les autres. C'est aussi à l'incertitude des praticiens sur la valeur de leur diagnostic que l'on doit attribuer cette timidité avec laquelle quelques-uns ont recours à la saignée, ces saignées d'essai, comme ils disent. D'après ce que nous avons fait connaître sur le diagnostic et la nature de la fièvre puerpérale, il sera toujours facile d'éviter l'erreur, d'établir avec certitude une ligne de démarcation entre cette pyrexie et les phlegmasies des nouvelles accouchées; de cette manière on pourra apprécier à leur juste valeur les résultats des divers traitements mis en usage, surtout des antiphlogistiques; on pourra en déduire des conséquences théoriques et pratiques certaines et valables; on pourra enfin, ne plus avoir la même différence d'opinion sur l'emploi des émissions sanguines, et ne plus considérer comme saignées d'essai que celles qui seront pratiquées pour faire l'analyse du sang. Il ne faut pas cependant conclure de ce qui précède, que je veuille rejeter l'influence du génie épidémique sur les résultats des divers traitements employés; je crois, au contraire, qu'il faut y faire la plus grande attention; dans certaines épidémies, je sais qu'il a seul, pour ainsi dire, formulé les indications thérapeutiques essentielles à remplir. Mais, à part cette circonstance, qui se rencontre dans presque toutes les épidémies, le moyen de diagnostic que nous avons fait connaître, sera toujours appelé à rendre d'utiles services à la thérapeutique de la fièvre des couches. En effet, une fois la nature de la maladie bien connue, on ne craindra plus, si elle est franchement inflammatoire, ou si la phlegmasie prédomine, de recourir aux émissions sanguines, que l'on proportionnera aux diverses circonstances qui commandent l'emploi de ce puissant moyen de traitement. Alors, comme dans bien des observations rapportées par les auteurs, une couenne inflammatoire parfaite et plus ou moins épaisse ne manquera pas de recouvrir le caillot de la saignée; ce caillot sera plus ou moins ferme, plus ou moins petit et entouré d'une quantité plus ou moins considérable de sérum; l'analyse chimique y démontrera un chiffre élevé de fibrine. Lorsque, au contraire, il y aura fièvre

puerpérale, généralement le caillot sera mou, volumineux, sans couenne parfaite, entouré de peu de sérum, et il y aura un abaissement plus ou moins considérable de fibrine, un chiffre plus ou moins élevé de globules. Ici, comme dans la fièvre typhoïde, s'il survient une phlegmasie, il pourra survenir dans la composition du sang, les changements que nous avons indiqués à l'article *Diagnostic* et sur lesquels nous ne reviendrons pas ici.

Toujours est-il que, pour employer rationnellement les émissions sanguines, il faut, lorsqu'elles semblent indiquées par les phénomènes généraux et locaux, retirer d'abord une petite quantité de sang, en faire l'analyse, et, d'après les résultats obtenus, établir le véritable diagnostic de la maladie. Celui-ci une fois bien établi et les qualités du sang bien connues, il est beaucoup plus facile de décider avec certitude s'il y a ou non indication de recourir à ce traitement ou de s'en défier; si les émissions sanguines peuvent être abondantes ou faibles, répétées ou non. Il est bien entendu qu'on ne les employera jamais sans mesurer l'influence qu'elles pourront exercer sur la marche et les caractères de la maladie, sans avoir égard à la forme de la fièvre puerpérale, aux circonstances individuelles et épidémiques qui peuvent l'accompagner. Lorsqu'il y aura indication de recourir à une deuxième, même à une troisième évacuation sanguine, la part essentielle qu'exercent non-seulement les propriétés physiques du sang mais encore son analyse chimique sur l'emploi rationnel de cette médication, commandera d'avoir recours chaque fois à cette espèce d'investigation, afin de pouvoir joindre aux résultats obtenus celui bien autrement certain de la composition élémentaire du fluide sanguin.

« Pour les médecins, dit Voillemier (1), qui ne voient dans la fièvre puerpérale qu'une phlegmasie de tel ou tel organe, les saignées devaient nécessairement, dans le traitement de cette maladie, tenir le premier rang. Elles furent assez souvent employées, et on ne peut nier que des succès assez nombreux n'aient été obtenus; mais ce fut toujours quand l'affection ne régnait que d'une manière sporadique. »

(1) Ouvrage cité, page 97.

« C'est presque exclusivement dans la forme inflammatoire franche, dit Tonnelé (1), que M. Désormeaux avait recours à la saignée; alors il en retirait des avantages incontestables. Employée dès le début, avec hardiesse et répétée plusieurs fois dans les vingt-quatre heures, elle faisait quelquefois avorter la maladie, ou bien elle produisait une amélioration notable et aidait beaucoup à la solution; mais le plus souvent elle se bornait à calmer les symptômes généraux, sans agir sensiblement sur la phlegmasie locale. Elle était rarement utile dans la deuxième période; cependant on pouvait encore en attendre quelques succès, lorsqu'à la suppuration et à l'épanchement survivait une vive réaction générale, que le pouls était dur et fréquent, la chaleur élevée, la face rouge, l'œil animé; alors, en effet, on devait craindre le développement de phlegmasies secondaires, particulièrement la pleurésie, la pneumonie, et la saignée était alors le moyen le plus propre à en prévenir le développement.

« On voyait quelquefois un état de pléthore générale se masquer sous la trompeuse apparence de la faiblesse et de la prostration; la face était pâle, le pouls petit, la chaleur médiocre; tout concourait à l'erreur : dans ces cas difficiles, l'exploration du cœur et des poumons fournissait quelquefois des signes précieux. Si les contractions étaient tumultueuses, le bruit sourd, l'impulsion forte; si le murmure respiratoire était faible et comme étouffé, sans aucune autre modification, M. Désormeaux avait recours à une saignée explorative, et suivant l'effet qui en résultait, suivant l'état du sang tiré de la veine, il abandonnait ce moyen ou l'employait de nouveau. »

Comment agissent les saignées générales, dans la forme inflammatoire de la fièvre puerpérale, pour procurer les résultats précités? C'est bien évidemment en diminuant le chiffre des globules, et en rapprochant de l'état normal les rapports de proportion qui doivent exister entre eux et la fibrine. En modifiant ainsi la composition élémentaire de ce fluide, elle pourra, dans certains cas rares, lui rendre ses qualités normales et, par conséquent juguler la maladie; en autres cas beaucoup plus communs, elle

(1) *Arch.*, vol. XXIII, page 58.

Hulme, Denmann et Delaroche, doive être considérée, dans bien des cas, comme un des moyens les plus propres à détruire, par voie de révulsion, le spasme des organes intérieurs, nous engageons les praticiens à user de ce moyen avec réserve, à moins que la maladie ne soit très-intense, et ne s'accompagne de symptômes de pléthore, etc.; en effet, on doit craindre que la débilité causée par cette espèce d'émission sanguine n'augmente la disposition qu'ont les femmes, dans cette circonstance, à contracter des fièvres adynamiques de mauvais caractère. Il n'en est pas de même des saignées locales; elles sont très-convenables pour affaiblir sympathiquement la sensibilité de l'organe où siége la fluxion. Ces évacuations locales offrent des avantages; elles dégagent lentement et n'affaiblissent pas comme les saignées générales. L'application des sangsues à la vulve, à l'anus, rappelle ordinairement les lochies, et fait souvent prendre un meilleur caractère à la maladie. »

On a allégué, en faveur des sangsues, qu'en retirant le sang du système capillaire, elles peuvent le soustraire presque directement à l'organe malade, par les communications qui existent entre la peau et les parties sous-jacentes. Il est un point important, signalé par Lisfranc, et qu'il ne faut pas perdre de vue lorsque l'on se décide à l'emploi des sangsues, c'est d'avoir soin de les employer en grand nombre, pour qu'elles ne fluxionnent pas davantage l'organe malade.

Quel est le mode d'action des saignées locales, auxquelles nous donnons généralement la préférence sur les saignées générales? Il est complexe. Lorsqu'on emploie les sangsues en grand nombre, non-seulement elles diminuent la masse du fluide sanguin, mais encore elles produisent sur sa composition élémentaire une modification qui se rapproche de celle de la saignée, c'est-à-dire qu'elles tendent à diminuer le chiffre des globules; mais elles ont d'autres influences bien plus importantes et qui consistent 1° à dégorger, dans certains cas, l'organe enflammé en retirant le sang du système capillaire cutané qui communique avec celui de l'organe souffrant; 2° à déterminer, par leurs piqûres, une révulsion plus ou moins efficace; 3° à donner lieu à une dérivation qui, chez certains individus, se caractérise par un engorgement des parties sur lesquelles elles furent

« Les grands bains, dit P. Dubois, si convenables, si bien supportés, si avantageux dans les inflammations franches, fatiguent souvent, augmentent d'une manière notable la gêne de la respiration, et s'il est quelques malades auxquelles ils réussissent, il en est un plus grand nombre pour lesquelles il faut y renoncer. »

« Les bains entiers, dit Tonnelé (1), ne convenaient que lorsque la peau était sèche, la chaleur âcre, les douleurs médiocres, les forces encore bien conservées : dans ce cas, ils étaient toujours accompagnés d'un bien-être remarquable, et souvent suivis d'une douce transpiration et de quelques instants d'un sommeil tranquille. On devait, au contraire, s'abstenir de ce moyen, lorsqu'à des douleurs excessives, à une grande anxiété, se joignaient des sueurs partielles ou générales, des évacuations alvines abondantes, que les forces étaient très-abattues, la respiration précipitée, anxieuse, la face rouge, animée, la céphalalgie très-intense; les malades avaient alors peine à les supporter, et elles n'en retiraient aucun fruit. »

Quelques auteurs ont préconisé les bains de siége; Désormeaux entre autres les employait préférablement aux grands bains, prétendant qu'on les administre avec plus de facilité, et que, généralement, les malades les supportent beaucoup mieux : aussi, dit Tonnelé, étaient-ils employés dans toutes les périodes de la maladie, tant comme sédatifs, que comme moyens propres à remplir certaines indications spéciales.

« Je rappellerai, dit H. Bourdon (2), l'effet si avantageux du laudanum sur un délire observé, le même soir, chez deux malades, délire que je regarde comme nerveux. » « L'opium, dit Tonnelé, ou l'extrait de jusquiame en lavement et plus souvent en pilules, était ordinairement employé pour modérer la diarrhée lorsqu'elle était trop forte. On en obtenait encore un autre avantage, celui de calmer les douleurs, qui devenaient quelquefois intolérables, et de rendre le système nerveux moins sensible à leur vive impression. Sous ce rapport, ce moyen rendait de grands services; mais il y a loin de là au rôle brillant que les médecins ont voulu lui faire jouer. »

(1) Ouvrage cité, vol. XXIII, page 203. — (2) Ouvrage cité, page 358.

d'ailleurs ajouter que, dans un grand nombre de cas, la diarrhée s'établit spontanément, qu'elle dépasse souvent toute mesure, et il faut bien plutôt alors songer à la modérer qu'à la provoquer. »

L'usage des émétiques, dans la fièvre puerpérale, a été conseillé par les uns et rejeté par les autres. Willis, White, Hulme, Leake, Stoll, Finke, Doulcet, Doublet, Hufeland, Osiander, Cliet ont vanté cette médication. Broussais, Boisseau, l'ont complétement rejeté. Baudelocque, Désormeaux, Tonnelé, Legouais, Voillemier, Trousseau, P. Dubois, H. Bourdon, etc., l'ayant employée avec plus de méthode et de modération, avec l'appui de la raison et de l'expérience, l'ont réhabilité dans la pratique.

« Pendant cinq ans, dit Trousseau (1), que nous avons eu à l'Hôtel-Dieu de Paris, un service de soixante lits de femmes, où nous recevions un grand nombre de femmes en couches, jamais nous n'avons manqué d'administrer l'ipécacuanha aux femmes récemment accouchées, quelle que fut d'ailleurs l'affection locale dont elles étaient atteintes, et jamais, nous pouvons ici l'affirmer, nous n'avons vu le moindre accident résulter de cette pratique; et, au contraire, dans presque tous les cas, nous avons obtenu la guérison, ou un notable amendement. »

La substance généralement employée comme vomitif, est celle que Doulcet mit en usage, c'est l'ipécacuanha, que Désormeaux donnait habituellement à la dose de dix-huit grains en trois ou deux paquets.

Cette méthode, que l'on a employée avec des succès variés dans toutes les périodes de la fièvre puerpérale, dans toutes ses formes, convient particulièrement dans la forme bilieuse ou muqueuse admise par M. Paul Dubois, ainsi que dans les cas où la fièvre puerpérale se complique d'embarras gastrique ou gastro-intestinal.

Quel est le mode d'agir de cette médication? « L'action de l'ipécacuanha, dit Tonnelé (2), s'exerçait principalement sur trois organes, l'estomac, l'intestin et la peau, où elle se résolvait en vomissements, en selles et en sueurs. Ces divers actes secondaires ne se manifestaient point à la

(1) Voillemier, page 97. — (2) Ouvrage cité, vol. XXIII, page 201.

fois, et au même degré chez tous nos malades, souvent ils se suppléaient mutuellement, en sorte qu'avec des vomissements rares existaient des évacuations alvines ou des sueurs abondantes, et *vice versâ*. L'amélioration suivait de près ces diverses évacuations; rarement elle se faisait attendre au delà de quelques heures, d'une journée; et si, ce temps écoulé, on n'obtenait aucun bon résultat, il fallait désespérer du succès, et se hâter de recourir à une autre médication.

« Les heureux effets de l'ipécacuanha peuvent-ils être attribués aux divers mouvements organiques dont nous venons de parler? Nous serions tentés de le croire : telle est, en effet, l'admirable unité de l'économie vivante, que l'activité ne peut être augmentée dans un point sans diminuer dans les autres; cela est surtout vrai des diverses membranes dermoïde, muqueuse, séreuse, dont les actions se font mutuellement équilibre, se pondèrent et se régularisent l'une par l'autre : peut-on penser, d'après cela, que quelques-unes d'entre elles puissent devenir le théâtre de diversions aussi puissantes, sans que les autres en soient affectées? N'est-il pas, au contraire, conforme aux lois d'une saine physiologie, d'admettre que l'apparition brusque d'actes organiques si importants est merveilleusement propre à neutraliser, surtout à son principe, cet autre acte morbide, que nous appellerons inflammation?

« Les vomissements, les évacuations alvines, les sueurs, effet apparent de l'ipécacuanha, expliquent-ils les effets secondaires, l'action interne de ce médicament? L'ipécacuanha agit-il ici comme simple évacuant, comme antiphlogistique, ou bien comme spécifique? Question ardue, dit Paul Dubois (1), insoluble dans l'état actuel de la science, et que nous ne voulons même pas examiner, nous contentant d'avoir établi que, si la forme muqueuse ou bilieuse n'est que passagère, si elle se complique bientôt et se transforme, son existence n'en a pas moins lieu, et fournit aux praticiens de précieuses et salutaires indications. »

Les préparations mercurielles, comme beaucoup d'autres, ont eu leurs fauteurs et leurs détracteurs. « Il est, dit Tonnelé (2), un grand nombre de

(1) Ouvrage cité, page 347. — (2) Page 44.

médecins qui doutent encore de leur efficacité et attendent de nouveaux faits pour l'admettre ou la rejeter; ceux-là font sagement, et nous n'avons qu'à leur offrir les résultats obtenus par M. Désormeaux; mais il en est d'autres qui la repoussent absolument, et par cela seul que cette médication ne s'accorde pas avec leurs idées théoriques. Une pareille manière de raisonner est au moins étrange; on oublie trop que les théories ne peuvent rien contre les faits, qu'elles n'en doivent être que l'expression exacte, rigoureuse, et que, du moment qu'elles ne les comprennent pas tous, c'est qu'elles pèchent par quelque côté. Ce ne sont point les faits qu'il faut alors rejeter, c'est la théorie qu'il faut modifier.

« Mais, à côté de cette obstination systématique, qui repousse absolument et sans examen, se trouve aussi l'enthousiasme aveugle, qui adopte exclusivement et avec passion. L'emploi des préparations mercurielles, en même temps qu'il est rejeté par les uns comme absurde et dangereux, est prôné comme un spécifique par quelques autres, qui ne voient point assez que ces éloges exagérés suffiraient pour discréditer les meilleurs moyens: ils ont, disent-ils, les faits pour eux, et ils en citent d'incontestables : tout jusque-là est à merveille; mais de ces données insuffisantes, ils se hâtent de tirer des inductions générales, et c'est là qu'est l'erreur. Entre leurs mains, les frictions mercurielles ont constamment réussi; nous ne le contestons point; mais que les conditions, dans lesquelles ils les ont employées, viennent à disparaître, que la constitution atmosphérique change ou se modifie, que la maladie, de sporadique qu'elle s'est montrée à leurs yeux, devienne épidémique, et on verra ce qu'il faut rabattre de ces brillants succès.

« Quant à nous, il nous faut l'avouer ici, nous avons vu souvent les frictions mercurielles réussir, mais plus souvent encore nous les avons vues sans succès. Faut-il pour cela rejeter ce moyen? Assurément non. Il faut, au contraire, tenir à grand honneur une médication dont les succès, pour avoir été exagérés, n'en sont pas moins incontestables; une médication qui peut réussir encore, lorsque les autres échouent, et dont l'heureuse influence est d'autant plus évidente et plus précieuse, qu'elle se montre dans des cas où la mort était devenue presque inévitable. »

alvines. Le calomel est administré à la dose de huit à douze grains par jour, combiné avec quelques narcotiques, l'extrait de jusquiame par partie égale, ou l'extrait gommeux d'opium à la dose d'un à deux grains. Ces hypnotiques ont le double avantage, 1° de rendre les organes digestifs moins sensibles à l'impression de la préparation mercurielle, 2° de calmer en même temps les douleurs abdominales.

Les sueurs abondantes et salutaires qui ont lieu naturellement pendant le temps des couches, surtout chez les femmes qui ne nourrissent pas, ont dû faire naître l'idée de recourir aux sudorifiques lorsque les sueurs n'existaient pas et qu'il survenait en même temps des accidents aux nouvelles accouchées.

Les diaphorétiques, que quelques praticiens emploient dès les deux premiers jours, aggravent souvent le mal, dit Busch. Je pense qu'il ne serait pas sans danger d'en employer de très-actifs, qui pourraient accélérer la circulation, et produire un effet contraire à celui qu'on se proposait d'obtenir.

Le trouble dans la transpiration cutanée, de même que celui de la sécrétion laiteuse et des lochies, n'étant en général qu'un effet de la fièvre puerpérale, l'on conçoit que le rétablissement de ces fonctions puerpérales sera communément lié à l'amélioration de la maladie; il suffit alors de ne pas les contrarier afin que leur suppression accidentelle n'entrave pas la marche décroissante de la maladie; mais il serait au moins inutile de les provoquer dans le but de la combattre.

Mead et Huxam ont préconisé le camphre dans les maladies des femmes en couches. Pouteau paraît être le premier qui en ait fait connaître les effets avantageux dans la fièvre puerpérale. Plusieurs fois on a associé au camphre le quinquina qui, dans la fièvre puerpérale, a eu aussi ses prôneurs, tels que Storck, Fauken, Leake, etc. « C'est, dit Tonnelé (1), dans les fièvres puerpérales typhoïdes que M. Désormeaux y avait recours, non pas cependant en toutes circonstances; aussi est-il nécessaire de bien préciser les occasions favorables à son emploi. 1° Lorsque l'on voyait survenir, à la

(1) *Arch.*, vol. XXII, page 206.

limonade sulfurique et l'esprit de nitre dulcifié. L'eau de Seltz naturelle ou artificielle est préconisée par Baudelocque.

Tissot, en 1771, avait proposé contre les épanchements laiteux l'huile de tartre par défaillance, aujourd'hui appelée sous-carbonate de potasse; il l'employait à la dose de douze, quinze ou vingt gouttes, trois ou quatre fois par jour, dans un peu d'eau, de bouillon ou de tisane. Vanstichel et Vanderbelen ont beaucoup vanté ce remède, qu'Allan et Lafisse ont employé avec succès. Il était cependant peu connu, peu employé, lorsque le docteur Guinot voulut le mettre en faveur. Il regarde ce médicament comme un réactif propre à prévenir la coagulation du lait épanché dans l'abdomen, et à dissoudre celui qui serait déjà coagulé. Il le donnait à la dose de douze ou quinze grains dans une potion de quatre onces.

Je ne conseille à personne, dit Baudelocque, de perdre un temps toujours précieux à employer la térébenthine, dont tout le mérite repose bien plus sur des théories surannées, insoutenables aujourd'hui, que sur l'expérience.

Le docteur Brenan est le premier qui ait employé ce remède à l'intérieur et en fomentation sur le ventre contre la péritonite puerpérale épidémique qui régna à l'hôpital de Dublin en 1812. Il administre une ou deux cuillerées de térébenthine dans de l'eau chaude sucrée; il frictionne le ventre avec la même huile, et applique par dessus une flanelle qui en est imbibée. On renouvelle plusieurs fois le remède selon le besoin. Il paraît, d'après ses observations, que le premier effet de ce médicament est de calmer promptement les coliques, de faire cesser les douleurs que la pression occasionne, de faire disparaître le gonflement du ventre : on obtient, dit-il, ordinairement ce résultat en quelques heures. Th. Atkinson et le docteur Kinner, disent avoir employé et vu employer cette médication avec succès.

« Arrêté dans l'emploi des grands et puissants moyens, dit Paul Dubois (1), qui lui rendent tant de service ailleurs, le médecin devra souvent se contenter de combattre les symptômes principaux; les douleurs par

(1) Ouvrage cité, page 357.

les cataplasmes émollients, les applications narcotiques; le météorisme, quelquefois par l'application de la glace; la diarrhée, par le laudanum, les amylacés, les astringents; les vomissements par l'eau de Seltz, la glace, le laudanum de Sydenham; la fétidité des lochies par les injections portées jusque dans l'utérus, soit d'eau de guimauve, de camomille, de sureau, toujours tiède, soit d'eau tiède légèrement salée (Rigby); le délire par le laudanum, le plus souvent par quelques révulsifs sur les extrémités inférieures; la débilité, enfin, par quelques légers toniques, quand l'état de l'estomac permettra de les administrer. »

Busch a fortement recommandé les injections dans le vagin. Généralement elles sont utiles comme moyen de propreté. Dans quelques circonstances, dit Baudelocque, elles peuvent favoriser l'écoulement des lochies, rendre cet écoulement plus abondant. Les injections vaginales doivent, autant que possible, se faire avec une canule en gomme élastique terminée en olive et percée en arrosoir. La matière des injections est de l'eau tiède, ou une décoction émolliente si le vagin est irrité.

Depuis Récolin (1) qui démontra tout le bien qu'on pouvait obtenir des injections portées jusque dans la cavité utérine, ce moyen a souvent été mis en usage, et, en effet, employé convenablement et en temps opportun, il a procuré des succès qui ont dû engager les praticiens à y recourir.

Quel que soit le mode de traitement auquel on ait cru devoir accorder la préférence, le repos du corps et de l'esprit est de la plus haute importance. Il faut éloigner de la malade tout ce qui peut la chagriner, lui déplaire, comme toute espèce d'émotion, de plaisir et de joie; on interdira toute visite; on aura soin qu'il n'y ait jamais dans la chambre qu'une ou deux personnes à la fois; si la malade allaite son enfant, on ne le laissera auprès d'elle que le temps nécessaire pour le mettre au sein, il sera ensuite placé dans une chambre éloignée pour que la mère n'entende pas ses cris : et mieux, on établira la succion artificielle plutôt que de laisser prendre au nouveau né un lait altéré, susceptible de le faire périr. On s'efforcera de procurer le calme le plus parfait. L'air de la chambre doit être soigneu-

(1) *Mém. de l'Acad. de chirur.*, tome III, page 202, édit. in-4°.

sement renouvelé. Le lit doit être tenu propre, ses rideaux ouverts, en bannir les couvertures échauffantes. Il n'est pas moins nécessaire de maintenir dans la plus grande propreté le linge du corps, à moins de contre-indication particulière, comme par exemple une sueur que l'on craindrait de supprimer. Les lavements ne seront pas négligés. Des boissons douces, acidulées, édulcorées seront prescrites. On donnera peu d'aliments doux et liquides.

CHAPITRE DIXIÈME.

DE LA MÉTRORRAGIE PUERPÉRALE.

§ Ier. *Clinique de la métrorragie puerpérale.*

TRENTE-HUITIÈME OBSERVATION. *Métrorragie puerpérale foudroyante, survenue douze jours après l'accouchement. Guérison spontanée de l'hémorragie; convalescence longue et pénible avec anasarque générale, guérie par les préparations de fer.* — La fille C..... d'....., âgée de trente-deux ans, de taille et d'embonpoint médiocres, tempérament sanguin, ménagère, habituellement bien portante, bien réglée, accoucha de son premier enfant, à terme, le 21 décembre 1843. Sa grossesse n'avait rien offert d'anormal. Cette femme qui est régulièrement menstruée, qui a des règles fort abondantes, dont la durée est de trois à quatre jours n'a pas été saignée pendant sa grossesse. Le travail de l'accouchement durait depuis dix-huit heures quand l'accoucheur qui l'assistait, et qui est un homme de mérite, jugea convenable d'appliquer le forceps, la tête étant dans l'excavation pelvienne; il amèna un garçon bien constitué, mais qui n'a vécu que quelques minutes; peu de temps après, il a extrait le placenta: il n'y eut pas hémorragie, mais au moment du décollement de l'arrière-faix, la femme ressentit dans le côté gauche de l'hypogastre une vive douleur qu'elle conserva jusqu'après son hémorragie, et qui rendit pénible les suites de couches. Neuf jours après son accouchement, les lochies devinrent sanguinolentes, puis furent constituées par du sang pur, jusqu'au douzième jour, époque où, sans cause et tandis que la malade était au lit, se déclara une si violente métrorragie, que bientôt le lit fut inondé de sang, et que ce fluide, après avoir traversé les draps, le matelas et la paillasse, se trouva être encore assez abondant pour salir le dessous du lit et une partie de la chambre. Elle éprouva du malaise, des bâillements, des tintements d'oreille, des vertiges, de l'anxiété précordiale; elle pâlit, s'affaiblit, sa vue s'obscurcit, elle tomba en syncope:

c'est seulement alors que l'hémorragie s'arrêta, alors que la femme presque exangue ne tenait plus à la vie que par un fil bien fragile : en effet, cette syncope tenait de si près à la mort, elle en offrait si bien l'image, que des assistants qui avaient déjà eu plusieurs fois l'occasion de voir des cadavres, considéraient cette nouvelle accouchée comme morte. En effet, la respiration était lente, rare et si faible que par moment on la croyait éteinte ; le pouls était disparu ; les extrémités et la périphérie du corps froides, la peau décolorée ainsi que les muqueuses apparentes; la vie de relation était complétement éteinte. Cette femme, privée des secours de l'art, resta longtemps dans cet état de mort apparente ; ce n'est que plusieurs heures après l'événement que la respiration devint plus évidente et donna aux parents la certitude que la vie n'était pas éteinte et dès lors ils me firent chercher ; j'arrivai près de la malade treize heures après l'accident. Elle était encore dans un état si fâcheux que je la crus sans ressource. Pâleur mortelle de la peau et de l'origine des muqueuses ; vue et sensibilité de la pupille éteintes, anéantissement de la sensibilité et de la contractilité animales, pouls insensible, même à la carotide; ondulations à peine perceptibles plutôt que battement du cœur, la miction et la défécation se font dans le lit et sans que la malade ne s'en aperçoive; l'écoulement du sang est arrêté; une partie de celui qui se trouve entre les cuisses et le vagin répand déjà une odeur de fermentation ; l'utérus revenu sur lui-même, est assez dur et ne dépasse pas le bord des pubis. Le ventre est mou, les seins sont flasques. Dans cette circonstance, il me parut qu'il y avait deux indications pressantes à remplir, celle de rendre un peu d'énergie aux forces de la nature près de s'éteindre, et celle de prévenir le retour de la plus petite perte de sang. Pour atteindre le premier but je fis prendre à la malade une cuillerée de vin généreux toutes les deux heures, et une cuillerée de consommé toutes les trois heures ; je fis faire, plusieurs fois le jour, des frictions sur les membres et les parties du tronc accessibles à la main avec de l'eau de vie ; je fis respirer de temps en temps des odeurs fortes, éther et eau de Cologne, vinaigre et vin ; j'ordonnai de n'occasionner à la malade aucun mouvement, de la tenir propre, et de faire en sorte que l'air ambiant fut aussi frais et aussi pur que possible ; je fis réchauffer les extrémités en les enveloppant de flanelle chauffée. — Pour atteindre le second but, je préparai ce qui était nécessaire pour tamponner le vagin, et indiquai à la sage-femme la méthode à suivre pour l'emploi de ce moyen ; je fis préparer quelques paquets de seigle ergoté en poudre de douze grains chacun à donner de quart d'heure en quart d'heure ; je fis connaître la manière d'appliquer exactement le bandage de corps ; tous ces préparatifs, qui furent inutiles parce que l'hémorragie ne reparut pas, furent faits pour le cas où la vie reprenant un peu de vigueur, la circulation un peu de force, la moindre apparence d'écoulement sanguin par les parties génitales se ferait remarquer.

Ce fut le treizième jour des couches à huit heures du matin que je vis cette malade pour la première fois.

Le quinzième jour, la vie de relation a faiblement reparu ; la pouls se fait faiblement

sentir, l'hémorragie ne reparaît pas. De temps en temps et sans qu'on ne lui occasionne aucun mouvement, la malade éprouve encore de légères syncopes. On augmente le vin et le bouillon.

Le dix-septième jour, le retour de la sensibilité et de la contractilité animales a fait des progrès ; la malade éprouve le besoin d'aller à selle et d'uriner ; le pouls se fait mieux sentir ; mais pour peu qu'on l'agite, de suite elle faiblit encore. Il y a un peu de lochies roussâtres ; des maux, des battements de tête violents, un teint blanc jaunâtre, une décoloration complète des muqueuses, un bruit de souffle dans les carotides, enfin une anémie des plus prononcées. Le retrait de la matrice est rassurant. Il s'est écoulé du nez quelques gouttes de sang ; ce sang ressemble à de l'eau fort légèrement teinte par du vin. — Je fais continuer le vin, le bouillon, et je fais prendre, chaque jour, six dragées de lactate de fer de Béral et trois tasses de décoction de petit chêne avec sirop de quinquina.

Le dix-neuvième jour son état est amélioré, mais un œdème se déclare sur diverses parties du corps. Je fais ajouter du sel de nitre dans la tisane, et remplacer le vin rouge par du vin blanc ; elle prend huit dragées en vingt-quatre heures.

Le vingt-unième jour l'anasarque est considérable ; les forces progressent. Même moyen.

Sous l'influence du vin blanc, de boissons nitrées, d'aliments fortifiants et du fer, le mieux a insensiblement fait des progrès ; deux mois seulement après son accouchement cette femme était guérie.

Cette observation nous a paru intéressante sous plus d'un rapport. Nous ferons d'abord remarquer le tempérament sanguin de cette femme, ses menstrues abondantes, et le défaut de saignée pendant la grossesse. Nous pensons que ce sont là autant de causes prédisposantes de métrorragie puerpérale. Nous noterons le décollement manuel et un peu forcé du placenta comme cause de l'irritation qui s'est aussitôt fait sentir à la surface placentaire de l'utérus ; c'est cette irritation qui, après neuf jours d'existence, a déterminé une hémorragie légère pendant les deux premiers jours, et foudroyante le troisième jour. Est-ce en empêchant le retrait normal de l'utérus que cette irritation est devenue cause de métrorragie ? Est-ce en empêchant la formation de caillots obturateurs des sinus veineux de la matrice ? Est-ce en occasionnant sur cet organe un mouvement fluxionnaire du sang ? Telles sont les questions que nous nous sommes adressées pour nous rendre raison de cet accident tardif. Nous avons cru devoir admettre la participation de ces trois causes : 1° parce que l'inflammation d'un organe

musculaire diminue de beaucoup, si elle ne paralyse entièrement sa puissance contractile, et qu'il a dû en être ainsi de l'utérus; 2° ce retrait incomplet de l'utérus, en permettant un certain degré de liberté dans la circulation de l'organe, aura favorisé la sortie continuelle d'une quantité plus ou moins considérable de sang par ces sinus, et par là, empêché la formation et l'adhérence des caillots obturateurs; 3° parce que l'habitude du sang à se porter vers l'utérus n'étant pas encore perdue, l'irritation de la surface placentaire de cet organe aura suffi pour y déterminer une fluxion, une espèce de raptus. Et si l'on réfléchit que, dans certains cas de métrite hors l'état de gestation, des métrorragies foudroyantes ont pu avoir lieu; que, quelquefois, ces métrorragies presque foudroyantes ont suffi pour guérir cette phlogose qui avait résisté à tous les moyens de l'art, l'on concevra comment il a pu se faire qu'une métrorragie semblable advint chez la fille C...., et comment cette métrorragie a pu faire disparaître sa cause, et permettre à la matrice de revenir ensuite sur elle-même. Pour preuve que ce raisonnement et cette comparaison ne sont pas forcés ni supposés, nous citerons l'observation suivante :

TRENTE-NEUVIÈME OBSERVATION. *Métrite guérie par une métrorragie foudroyante.* — Madame D....., de F....., âgée de trente-six ans, petite et bien constituée, tempérament sanguin, habituellement bien portante, mère de deux enfants, dont le dernier est âgé de deux ans et demi, se trouvait dans son époque cataméniale le 1er janvier 1832, lorsqu'elle eut avec son frère, à propos d'intérêt de famille, une vive altercation à la suite de laquelle ses menstrues s'arrêtèrent brusquement; elles reparurent le mois suivant, et ne cessèrent de fluer pendant les mois de février et mars. Je la vis le 1er avril; alors l'écoulement utérin était tantôt rouge, tantôt blanc et plus ou moins abondant; le sang qu'elle perdait, était fort liquide, d'un rouge clair; la malade accusait une douleur persistante et sourde à l'hypogastre, s'étendant quelquefois aux lombes et aux aines, avec engourdissement des cuisses, sentiment de pesanteur au périnée, et constipation. Urines libres, ventre peu gonflé et peu sensible à la pression. Les mouvements brusques déterminent de la douleur à la région utérine, et si la malade se couche sur l'un ou l'autre côté, il lui semble que dans l'hypogastre un corps pesant tombe sur la partie déclive et détermine dans le côté opposé un tiraillement douloureux. Le toucher m'apprit que le col, sans être gonflé ni sensible, était entr'ouvert et la matrice pesante. Appétit peu prononcé, soif nulle, très-peu de fièvre; maigreur, pâleur, faiblesse considérable. — Repos; lavements; régime

analeptique, décoction de chiendent nitrée; quinze gouttes d'acétate d'ammoniaque dans un demi-verre d'eau, trois fois par jour, vésicatoire au bras.

Dans la nuit du 2 au 3 avril, et sans causes connues, le sang, bien que ressemblant à de l'eau rougie, commença à couler avec abondance par le vagin. Les réfrigérants à l'extérieur, les astringents à l'intérieur, ne purent arrêter cette violente métrorragie, et le 3, vers trois heures du matin, la malade était à la mort; le pouls était filiforme, très-accéléré, la peau froide et pâle, l'origine des muqueuses décolorées, les traits concentrés, les yeux éteints, la vue trouble, la voix très-faible, respiration laborieuse, tintement des oreilles, froid des extrémités, syncopes renouvelées, dans l'intervalle desquelles la malade est si faible qu'il semble à chaque instant que la vie va l'abandonner. Je remplis le vagin de bourdonnets d'étoupe trempés dans du vinaigre; je maintiens le tampon par le bandage en T. — Je donne un peu de vin et la potion suivante :

℞ : Eau de camomille. . . } aà ℥ iii.
— de menthe poivrée. }
Sirop d'éther ℥ ii.

A prendre par cuillerée à bouche d'heure en heure, et plus souvent si les circonstances l'exigent.

La malade resta très-faible jusqu'au 6 dans la journée; alors il survint un peu de réaction et les sentiments de lypothinie disparurent. Je n'enlevai le tampon vaginal que le 4 au soir; l'hémorragie était arrêtée, et il sortit un caillot du volume du poing d'une couleur peu foncée et de peu de consistance.

Le 5, l'écoulement utérin reparut séro-sanguinolent comme avant l'hémorragie; quelques jours plus tard il était devenu séreux, puis de plus en plus rare, et le vingt il n'existait plus.

Le 27, cette violente métrorragie a fait disparaître tous les symptômes de métrite, qu'une chloro-anémie a remplacée. Je la soumets à l'usage du fer, qu'elle continue jusqu'au 15 juillet suivant, époque où sa guérison était parfaite.

Si cet exemple prouve qu'une métrite, dans l'état de vacuité, peut être cause d'une métrorragie foudroyante, ne peut-on admettre que la même chose puisse avoir lieu dans l'état puerpéral? Oui, sans doute; car ici, l'état anatomique et physiologique de l'utérus dispose et prête bien plus à ce genre d'accident.

Dans ce cas, l'écoulement sanguin de longue durée, qui avait précédé l'hémorragie foudroyante, avait eu pour résultat non-seulement de dimi-

nuer le chiffre des globules comme le prouve la couleur pâle du sang, mais encore de diminuer celui de la fibrine comme le prouve, 1° le peu de consistance du caillot contenu dans l'utérus par le tamponnement, et 2° le fait même de l'hémorragie ; car on sait qu'un sang peu riche en fibrine dispose à ce genre d'affection.

Chez le sujet de l'observation précédente, dont les lochies ont été sanguinolentes jusqu'au début de la ménorragie, il est aussi sorti par le vagin, le troisième et quatrième jour après la perte foudroyante, quelques caillots de sang noirâtre et de consistance moyenne. On pourrait, peut-être, objecter que dans ce cas une portion du placenta est restée adhérente, et que son décollement, le douzième jour après l'accouchement, a donné lieu à l'hémorragie. Mais, outre que l'accoucheur qui en a fait l'extraction, en a constaté l'intégrité ; outre l'absence de ses traces parmi le sang et les caillots que cette femme a rejetés ; si semblable chose eut existé, sa présence dans l'utérus en rendant le retrait de cet organe incomplet, en laissant béantes plusieurs ouvertures sinueuses de sa face placentaire, n'aurait pas manqué de donner lieu à une hémorragie à une époque beaucoup plus rapprochée du travail.

Avant de terminer, nous dirons que la femme qui fait le sujet de l'observation première, a eu une deuxième grossesse ; que sa gestation a été normale ; que l'accouchement s'est effectué naturellement, et qu'elle a mis au monde deux jumeaux morts. Cette fois elle n'a pas éprouvé d'hémorragie, et les suites de couches furent heureuses. Pour peu que, dans sa première couche, on eut l'idée, malgré ce qui précède, d'attribuer la métrorragie foudroyante qu'elle a éprouvée, à l'inertie de l'utérus, dont rien n'a fait soupçonner l'existence, on trouverait dans les résultats de son deuxième accouchement une forte probabilité contre. Ce dernier accouchement vient aussi témoigner du peu de disposition de cette femme à la métrorragie puerpérale, et, par conséquent, de l'influence de l'extraction un peu violente du placenta sur la production de l'hémorragie qui a eu lieu.

Nous terminerons par les deux remarques suivantes : la première, c'est que cette femme nous a bien présenté les indications de la transfusion

sanguine, qu'en cas pareil je ne négligerais plus; la deuxième, c'est que des hémorragies aussi considérables produisent un état d'appauvrissement sanguin qui ne porte pas seulement sur les globules, mais aussi sur la fibrine comme le prouvent les écoulements séro-sanguinolents qui ont eu lieu par le vagin et le nez, et sur l'albumine comme le prouve l'anasarque qui a suivi l'accident.

QUARANTIÈME OBSERVATION. *Métrorragie avant et après la délivrance arrêtée spontanément.* — La fille B..... D'o...., âgée de vingt-quatre ans, de petite taille, bien constituée, tempérament sanguin, habituellement bien portante, ménagère, réglée abondamment et pendant huit jours chaque fois, voyait quelquefois ses menstrues deux fois en un mois: enceinte pour la première fois en 1844, elle accoucha naturellement le 5 octobre de la même année. Après l'expulsion du fœtus elle fut prise d'une métrorragie assez violente que la délivrance fit cesser. Tout alla bien jusqu'au quatrième jour de ses couches; alors s'étant levée, il sortit par le vagin et sans douleur, par conséquent comme par obéissance aux lois de la pesanteur, au moins un litre de sang caillé suivi de l'écoulement d'un sang fluide: elle reprit le repos au lit, et l'hémorragie parut s'arrêter.

Le huitième jour après l'accouchement, ayant encore voulu se lever, les mêmes phénomènes se répétèrent, et cette fois l'écoulement de sang qui suivit la sortie des caillots, fut beaucoup plus abondant; aussi la malade se trouva-t-elle faible, anémique, éprouvant à chaque moment des syncopes. Alors on me fit chercher. Je la trouvai sans mal, mais dans un état anémique complet et un grand degré de faiblesse. Il ne s'écoulait plus par le vagin qu'un peu de sérosité jaunâtre. La matrice offrait le globe de sûreté. — Repos au lit, calme moral et physique; air pur et frais, boissons acidulées et froides; aliments froids; potion suivante à prendre par cuillerée toutes les deux heures :

℞ Racine de ratanhia ʒ is.
F. bouillir dans eau ℔ ii à la colature de ℔ i.
Ajoutez sirop de coing. . } ää ʒ i.
— — de vinaigre }

Je fis, en outre, prendre les précautions indiquées pour le sujet de la première observation.

Le douzième jour, l'hémorragie n'ayant plus reparu, et la malade ne se plaignant que d'une extrême faiblesse, je prescrivis un peu de vin, de bon bouillon et les dragées de lactate de fer.

Le vingtième jour, elle a éprouvé de l'œdème, mais moins fortement que le sujet de la première observation; aussi en est-elle déjà débarrassée, et sa convalescence établie

qui présentait le volume d'une tête ordinaire d'enfant : tous ces moyens ne produisirent aucun effet et l'hémorragie ne diminua pas, malgré que la matrice très-volumineuse offrait imparfaitement le globe de sûreté. La malade décolorée, se plaignait de frissons et de défaillance; la peau était froide et le pouls presque insensible : tout annonçait une faiblesse dangereuse : le vagin fut vidé à la hâte des caillots qu'il contenait, un tampon formé d'étoupe, trempé dans l'oxycrat, remplissant complétement le canal vulvo-utérin, fut placé; le doigt seul pouvait pénétrer dans la matrice, qui fut exactement comprimée à travers les parois abdominales par les mains d'un aide : avant de placer le tampon, l'aorte abdominale fut comprimée au-dessus de la matrice, vis-à-vis des vertèbres lombaires. Cette manœuvre fut employée pendant dix minutes, au bout desquelles elle fut continuée par un aide. L'utérus n'augmentant pas de volume, et le pouls se relevant un peu, me firent croire que l'hémorragie était arrêtée; néanmoins le tampon ne fut enlevé que le lendemain; il était à peine rouge et son extraction ne fut suivie d'aucun écoulement de sang. La femme se rétablit sans autre accident.

La femme C., depuis son sixième accouchement, était disposée aux métrorragies utérines après la délivrance; ce n'est guère qu'à cette cause prédisposante que l'on peut attribuer les hémorragies qui suivirent les trois derniers accouchements. Cette prédisposition, qui chez beaucoup de femmes semble liée à la constitution et manifester son influence dès les premières couches, peut aussi, comme le prouve le sujet de cette observation, naître à certaine époque de l'âge, et ne manifester son existence qu'après un ou plusieurs accouchements. Certaines modifications survenues dans les qualités du sang, telle, par exemple, qu'une diminution considérable du chiffre de sa fibrine, peuvent donner naissance à cette cause. Et, s'il en est ainsi, il est également permis d'en déduire la possibilité de cette prédisposition dès les premières couches et sa disparition lors de couches subséquentes; car une semblable altération du sang est curable. Nous en dirons autant de l'influence que pourraient exercer sur le développement de cette cause, ces nombreuses modifications qui s'observent dans la constitution de la femme.

Bien que le tampon ait été employé immédiatement après la compression de l'aorte abdominale, nous ne balançons pas à attribuer à celle-ci le succès obtenu; en effet, si le tampon qui, en cas pareil, est toujours une mesure de sage précaution, eut contribué à arrêter l'hémorragie, non-

seulement il aurait été teint plus ou moins de sang, mais encore son extraction eut été suivie de caillots plus ou moins nombreux et plus ou moins volumineux.

QUARANTE-DEUXIÈME OBSERVATION. *Métrorragie puerpérale combattue par la compression de l'aorte.* — Une dame de vingt et un ans éprouva des pertes utérines pendant les premiers mois de sa grossesse, et fut enfin prise de douleurs au cinquième mois. Elle accoucha au bout de quelques heures, mais une perte abondante se déclara. Cette femme, déjà fort amaigrie, fut bientôt d'une pâleur et d'une faiblesse extrêmes; elle allait succomber lorsque M. Latour employa la compression de l'aorte, et, au bout de quelques minutes, l'hémorragie s'arrêta, la malade éprouva de l'étouffement, du mal de tête, et son visage fut vivement coloré. Mais tout cela disparut bientôt dès qu'on rétablit la circulation.

QUARANTE-TROISIÈME OBSERVATION. En 1819, M^me^ D..... devint enceinte de son troisième enfant, et accoucha d'un garçon le 13 février 1820, à deux heures du matin. Le travail, seulement annoncé à la malade par l'écoulement brusque des eaux de l'amnios, ne fut marqué que par des douleurs faibles et rares durant dix-huit heures. La dilatation de l'orifice utérin égalait alors la largeur d'une pièce d'un franc. La crainte de voir mourir l'enfant, et l'extrême lenteur des contractions, m'obligèrent à recourir à la potion parturienne. Quatre cuillerées, administrées en une demi-heure, suffirent pour donner plus de fréquence et de force aux douleurs utérines, et la malade n'eut de repos que lorsque la tête fut arrivée dans l'excavation pelvienne. Deux cuillerées furent encore prises, pour faire franchir à l'enfant le détroit périnéal. Malgré la violence des contractions, la tête resta longtemps arrêtée au passage, et je fus obligé de la saisir avec le forceps pour terminer l'accouchement. Après la délivrance, le globe utérin se dessina et se durcit. Cette fois, la perte n'apparut point. Le temps des couches fut heureux.

Sans doute, sans l'administration de la potion parturienne, la métrorragie eut encore reparu : la femme était dans les mêmes conditions ; le travail de l'accouchement offrait la même marche; tout tendait à faire encore présager un accident hémorragique. L'emploi du seigle ergoté seul est venu parer aux inconvénients dont cette femme était menacée.

QUARANTE-QUATRIÈME OBSERVATION. *Métrorragie puerpérale après la sortie du fœtus, suivie de langueur.* — La femme C...., de P...., âgée de trente-sept ans, grande et fortement constituée, habituellement bien réglée, n'ayant jamais eu de maladie, eut deux enfants,

le premier en 1826, le deuxième en février 1828. Son premier accouchement fut long et laborieux, mais naturel ; elle s'en rétablit promptement. Son deuxième fut prompt et la sortie du fœtus fut suivie d'une métrorragie tellement abondante, que le sang, après avoir mouillé le linge qui l'enveloppait et son lit, ruissela sur le plancher qu'il inonda dans une grande étendue. Elle en fut presque foudroyée ; elle est devenue très-pâle ; l'origine des muqueuses était décolorée ; la faiblesse extrême ; les extrémités froides ; la vue troublée, bourdonnement des oreilles ; anxiété précordiale ; nausées ; pouls petit, filiforme, à peine sensible ; syncopes répétées avec très-peu de mouvements convulsifs. Je suis arrivé près de la malade une heure après l'accouchement ; elle était comme anéantie, n'ayant presque plus de voix, et pouvant à peine répondre. J'explorai l'hypogastre, où je rencontrai l'utérus contracté, mais encore volumineux, dur et bosselé ; depuis la première syncope, l'hémorragie était arrêtée. J'introduisis avec facilité ma main dans l'utérus, que je trouvai rempli par un placenta volumineux et détaché dont je fis l'extraction, qui fut bientôt suivie du globe de sûreté. Malgré cet état de la matrice, après la délivrance je crus que la femme allait mourir ; l'hémorragie et les syncopes reparurent. Cependant l'usage d'un air frais et renouvelé, des frictions sèches, l'inspiration de substances stimulantes et volatiles, l'ingestion de boissons stimulantes et toniques, ont retiré cette malade de syncope simulant la mort : elle fut pendant six semaines sans pouvoir quitter le lit ; lorsqu'elle voulait se lever, elle éprouvait des défaillances, et pendant tout ce temps elle a considérablement souffert de la tête : elle n'eut que très-peu de lochies et pas de lait. Ce n'est que trois mois après son accouchement qu'elle put se lever et se promener un peu ; dès lors elle récupera en peu de jours un état de santé tel qu'il est encore aujourd'hui, 15 décembre 1839. En voici la description : apparence d'embonpoint résultat d'anasarque ; la peau, qui est rugueuse et sèche, est décolorée ainsi que l'origine des muqueuses ; absence de vaisseaux sous-cutanés, aménorrée, calvitie complète, pesanteur de tête, intelligence lente, mouvements pénibles, paroles difficiles, expression abattue des yeux et de la face, tristesse continuelle ; elle se plaint constamment de froid ; pouls à peine perceptible et lent, faiblesse et langueur générales. Elle a beaucoup de répugnance pour le mouvement, et quand elle marche, surtout quand elle monte, elle éprouve des palpitations et de l'inhalation. Les paupières supérieures sont très-œdématiées le matin, le soir ce sont les pieds : elle éprouve des lassitudes spontanées ; le sang qu'on lui a retiré, soit par les sangsues, soit par la lancette, ressemble à l'eau rougie. Appétit ordinaire sans soif ; selles dures et rares ; chairs molles ; elle a eu à la fesse gauche un érysipèle phlegmoneux, qui s'est terminé par résolution : son anémie s'est compliquée d'un état scorbutique général ; gencives gonflées, rougeâtres, saignantes, déchaussement, mort et chute successive des dents ; taches pourprées sur diverses parties de la peau. Cet état, depuis onze ans, est toujours resté à peu près le même, malgré les moyens hygiéniques et pharmaceutiques mis en usage ; toniques, stimulants, antiscorbutiques, purgatifs. Quelquefois elle fut lé-

gèrement saignée du bras et plusieurs fois on lui appliqua des sangsues à l'anus sans effets apparents d'avantage ni de désavantage. Dans l'intention de faire reparaître le flux cataménial qui, depuis la deuxième couche, n'a plus eu lieu, plusieurs emménagogues furent mis en usage, entre autres le suivant :

℞ : Aloës succotrin en poudre. . . . . ʒ ii.
Feuilles de violettes odorantes concassées, une poignée.
Petite centaurée concassée, une poignée.
Coriandre. . . . . } āā une poignée, concassée.
Baies de genièvre. . . . . }
Chamédris. . . . . }
Mars apéritif pulvérisé. . . . . ʒ ii.

Mettez dans deux pots de vin blanc ou de bonne bière, que l'on bouche bien et que l'on dépose dans une cave pendant deux jours ; on agitera fortement six fois par jour. On filtre et on donne ce mélange par verre à goutte matin et soir ; l'on continue tant que dure le remède.

Ce médicament composé fit deux fois reparaître les menstrues ; mais à leur suite elle s'est trouvée plus mal et plus faible. Enfin, l'usage des ferrugineux n'a produit sur elle aucun résultat avantageux, bien qu'elle les ait employés, à dater du troisième mois après ses couches, à différentes reprises.

Quoiqu'on ait fait, l'état scorbutique a fait insensiblement des progrès, des hémorragies gengivales, nasales, urinaires, se sont manifestées ; la faiblesse a progressé jusqu'à ce que la femme s'est éteinte le 15 juin 1846.

Outre la langueur qui a suivi cette métrorragie puerpérale, ce fait est encore digne d'attention sous plusieurs rapports. D'abord nous noterons la lenteur du travail au premier accouchement, lenteur sur laquelle la femme C... s'était reposée pour atteindre, dans son deuxième accouchement, les premières vraies douleurs, avant de faire chercher du secours ; mais cet accouchement fut si prompt que l'enfant fut expulsé à la troisième vraie douleur ; cette déplétion subite de l'utérus fut suivie d'une hémorragie foudroyante, contre laquelle, faute d'homme de l'art, on n'employa que des réfrigérants sur l'hypogastre et en dedans des cuisses. Il est donc vrai de dire que l'on ne doit pas compter sur la marche d'un premier travail quant aux accouchements consécutifs.

Deux causes, dans ce cas, nous semblent avoir concouru à la production

de la métrorragie, savoir l'inertie de la matrice et la rétention du placenta détaché dans sa cavité. Celui-ci empêchait l'organe, vide du fœtus, de revenir sur lui-même, et laissait ainsi béants les sinus veineux de la matrice; d'un autre côté, l'inertie ou la stupeur de l'utérus, produite par un vide trop prompt, a tellement affaibli la puissance de contraction de l'organe, que celle-ci, après avoir détaché l'arrière-faix, n'a plus eu assez d'énergie pour opérer la délivrance.

Nous croyons avoir fait trop promptement l'extraction du placenta, et avoir été cause des accidents et du danger que la malade a courus à sa suite. En effet, si nous eussions attendu que les forces vitales fussent un peu relevées, que les contractions utérines eussent reparu, nous aurions sans doute évité une nouvelle hémorragie, et, à coup sûr, un nouveau vide qui, selon nous, a puissamment contribué à la faiblesse qui a suivi cette délivrance.

Nous n'avons pas analysé le sang de cette femme; mais à en juger par les accidents qui se sont succédés, nous nous croyons en droit d'admettre que cette métrorragie puerpérale foudroyante non-seulement a eu pour effet cette altération du sang qui consiste dans une diminution proportionnelle du chiffre de ses globules, mais encore une diminution de son élément spontanément coagulable. C'est cette dernière altération du sang qui, selon nous, a été cause du développement de la maladie scorbutique : c'est peut-être la réunion de ces deux altérations du sang qui ont rendu si rebelle cet état maladif. Cependant, nous croyons avoir commis une deuxième faute, celle de n'avoir pas administré assez tôt les préparations ferrugineuses et d'avoir laissé le temps à l'anémie de devenir chronique. Or, l'on sait combien est rebelle la forme chronique de cette affection.

Quelques légères saignées, quelques faibles applications de sangsues à l'anus, employées particulièrement pour diminuer la céphalalgie, sont restées sans succès. Il devait en être ainsi, car, comme l'a prouvé Andral, l'anémie donne lieu à plus d'un des symptômes de la pléthore, et la céphalalgie est généralement un des effets de l'appauvrissement du sang. Mais comment, dans un tel état, ces évacuations sanguines n'ont-elles pas aggravé tous les symptômes? C'est, selon nous, parce qu'elles ne produi-

1846, n'étant assistée que par une sage-femme non assermentée. Après la sortie du fœtus, celle-ci voulant terminer artificiellement la délivrance, fit, sur le cordon ombilical, des tractions qui occasionnèrent la rupture de ce cordon près de l'arrière-faix, après avoir, sans doute, détaché tout ou partie de celui-ci ; mais la matrice, qui venait de se vider du fœtus, était dans ce moment de repos qui suit habituellement le deuxième temps du travail ; aussi ne fit-elle aucun effort pour revenir sur elle-même ni pour pousser le placenta hors sa cavité ; il en résulta une violente métrorragie externe. On fit aussitôt chercher un accoucheur qui, ayant voulu aller à la recherche de l'arrière-faix, reconnut qu'il y avait impossibilité par suite du resserrement du col. La faiblesse de la malade, les syncopes qu'elle éprouvait à chaque instant, la disparition du pouls, le volume considérable de l'utérus, sa mollesse pâteuse, le son mat que sa percussion produisait, bien qu'il n'y eut aucun écoulement de sang par le vagin, lui firent diagnostiquer une hémorragie interne. Il me fit chercher ; mais, en attendant mon arrivée, et le cas étant pressant, il crut devoir employer le seigle ergoté, dans l'espérance de rendre aux contractions du corps de l'utérus le degré de force nécessaire, non-seulement pour ne plus permettre au sang accumulé dans la cavité utérine d'en augmenter la distension, mais encore pour que la matrice pût pousser au dehors les matières contenues dans sa cavité. Loin d'atteindre le but qu'il s'était proposé, il obtint de l'usage de l'ergot de seigle une contraction vraiment convulsive du col qui se durcit, et ne permit plus l'entrée du bout du doigt. Lorsque j'arrivai, je constatai ce qui précède : la femme était dans un danger imminent de mort. Il nous fut impossible d'introduire le doigt dans le col qui était obstrué, serré comme avec une corde ; les efforts que nous faisions pour introduire le doigt, déterminaient des douleurs aiguës. Dans cette circonstance nous avons cherché à soutenir, même à relever un peu les forces de la femme par le bouillon et le vin ; et nous avons employé sur le col de l'utérus des frictions souvent renouvelées avec la pommade suivante :

℞ : Axonge préparé. . } aà ʒ i.
Extr. de belladone. }

Ce fut en vain. La rigidité du col persista, les forces de la malade diminuèrent, elle s'éteignit le troisième jour de ses couches. — Il ne nous fut pas accordé d'en faire l'autopsie.

Cette observation nous a paru offrir beaucoup d'intérêt non-seulement quant à la maladie qui a précédé l'époque de la conception, quant à cette époque et à la grossesse, mais encore quant aux phénomènes pathologiques et thérapeutiques qui ont accompagné et suivi le travail. Tandis que

cette femme, le sang avait cessé de couler; un confrère, que l'on avait fait chercher en même temps que moi, ne tarda pas à me rejoindre. Cette femme présentait les symptômes de la plus violente métrorragie; après consultation, nous décidâmes qu'il fallait de suite procéder à la délivrance, qui fut facile. Pendant et après cette opération, il ne s'est presque pas écoulé de sang, la matrice est bien revenue sur elle-même; seulement elle offrait moins de dureté que d'habitude. — Après la délivrance, la femme B..... éprouva deux syncopes, et c'est à la deuxième qu'elle succomba. Je n'ai pu obtenir d'en faire l'autopsie. J'ai aussi oublié de m'informer, si à la suite de ses autres accouchements, cette femme avait éprouvé des accidents semblables.

Nous avons cité cette observation pour faire connaître la disposition de famille de la femme B.... aux métrorragies puerpérales : elles étaient trois sœurs, et, chose remarquable, toutes trois ont succombé au même accident. M. G. Oakley Heming (1) dit : « deux espèces d'hémorragies utérines ont jusqu'ici fixé l'attention des accoucheurs : l'une qui se manifeste par l'écoulement de sang par la vulve; l'autre qui consiste dans une accumulation de ce liquide dans la cavité de l'utérus sans qu'il s'échappe au dehors en quantité notable; la pâleur de la face, la faiblesse du pouls, les syncopes et la distension de l'utérus sont les signes qui font reconnaître cette dernière à l'accoucheur. » M. Oakley Heming en a observé une troisième espèce, qui diffère des deux précédentes par l'absence des signes matériels de l'hémorragie et de la tumeur de la matrice, ainsi que par la présence des douleurs utérines.

« La malade, dit l'auteur, est d'abord prise de violentes douleurs utérines qui se produisent à certains intervalles et dont chacune amène après elle un léger écoulement de sang par la vulve; puis, au moment où l'on s'y attend le moins, on voit survenir les symptômes d'une syncope des plus alarmantes; cependant on trouve à peine du sang sur les draps, et l'utérus est à peine distendu. Mais par un examen attentif, on reconnaît que si cet organe ne contient qu'un caillot peu volumineux, et que si le sang ne s'est pas abondamment écoulé au dehors, c'est qu'il existe dans l'espace compris entre l'orifice utérin et celui de la vulve, c'est-à-dire dans la cavité du vagin

(1) *The Edinburgh méd. and surg. Journal*, octobre 1831.

pestive, dont les femmes grosses peuvent être atteintes pendant la grossesse, pendant et après le travail de l'accouchement.

Les métrorragies qui, pendant ces époques, réclament les secours de l'art, offrent en général, suivant le temps de leur apparition, des différences assez notables dans leurs causes, leurs symptômes, leur gravité et leur traitement; il y a donc un grand avantage, ne fut-ce que pour exposer les indications curatives avec plus de précision, à diviser les métrorragies puerpérales :

1° En celles qui se manifestent pendant les six premiers mois de la grossesse ;

2° En celles qui ont lieu dans les trois derniers mois;

3° En celles qui ont lieu pendant la durée du premier, du deuxième et du troisième temps du travail de l'accouchement ;

4° Enfin, en celles qui surviennent après la sortie de l'arrière-faix.

Comme ce n'est qu'après la sortie des secondines que le travail de l'accouchement est terminé, et que commence l'état puerpéral de la nouvelle accouchée, nous n'aurons à nous occuper, dans ce travail, que de métrorragies de la quatrième division, c'est-à-dire des hémorragies utérines qui se déclarent après la sortie de l'arrière-faix.

De la métrorragie après la délivrance.

Cet accident hémorragique n'est ni moins grave, ni moins rare, ni moins digne d'attention que ceux qui accompagnent la grossesse ou le travail de l'accouchement. « Il est un fait généralement connu, dit P. Guillemot (1), c'est que certaines femmes ont le funeste privilége d'être frappées à chaque parturition après la délivrance, sans cause apparente, de pertes utérines foudroyantes. »

Étiologie.

L'hémorragie utérine puerpérale qui suit la délivrance, est le plus souvent due à l'inertie de la matrice; mais, comme nous l'avons vu dans

(1) *Archives*, vol. XX, page 43.

les observations cliniques relatives à cette affection, elle peut quelquefois revêtir un autre caractère.

Les causes de l'hémorragie par inertie sont *prédisposantes* ou *déterminantes.*

Causes prédisposantes.

Nous avons cité des cas où la constitution sanguine et pléthorique, une menstruation précoce et ordinairement très-abondante, la négligence de la saignée pendant les derniers mois de la grossesse, semblaient avoir disposé les femmes à la métrorragie puerpérale; dans l'un de ces cas (1) deux saignées pratiquées dans le cours de la deuxième grossesse ont prévenu le retour de cet accident après la délivrance. MM. Velpeau et P. Dubois pensent aussi que ces circonstances doivent être rangées parmi les causes prédisposantes de cette affection. D'après Guillemot, le tempérament lymphatique, les femmes à fibres molles et lâches, douées de très-peu de forces musculaires, chez lesquelles prédomine le système nerveux, et qui, en même temps, ont des règles abondantes, sont plus que les autres exposées à la métrorragie puerpérale par inertie de l'utérus. Une constitution détériorée par la privation, la misère ou les fatigues, en épuisant les forces générales de la patiente, peuvent rendre impuissantes les forces contractiles de l'utérus, et devenir ainsi cause prédisposante de métrorragie puerpérale; nous en avons cité un exemple. Une distension considérable de l'utérus par un hydramnios, par une grossesse gémellaire, peut, en occasionnant l'inertie de l'utérus ou un retrait imparfait de cet organe, devenir cause prédisposante de l'affection précitée. Un accouchement trop prompt, soit en occasionnant un état de stupeur, soit en déterminant un vide plus considérable que ne le comporte l'étendue des contractions utérines, peut devenir cause prédisposante et occasionnelle d'hémorragie utérine. Nous en dirons autant d'un accouchement laborieux, dans lequel la matrice se sera épuisée en longs et nombreux efforts; c'est pourquoi toutes les causes de dystocie

(1) Quarantième Observation.

peuvent devenir indirectement causes prédisposantes de la maladie qui nous occupe.

L'existence de pertes abondantes après les accouchements antécédents, l'existence d'accidents pareils parmi les membres de la ligne ascendante ou collatérale, peuvent être considérées comme des preuves puissantes de prédisposition à cette maladie; nous avons cité plusieurs exemples qui témoignent de l'influence fâcheuse de ces antécédents: aussi, par cela même qu'une femme présentait toutes ou grande partie de ces circonstances, nous avons vu combien étaient justes les présages de Guillemot, combien ses précautions étaient sages et ses moyens prophylactiques avantageux à la femme en travail. Nous avons cité le cas d'un utérus à colonne charnue, dont la conformation particulière disposait à l'hémorragie utérine. La congestion, l'irritation de l'utérus peuvent avoir la même influence, nous en avons cité des faits. La surface interne de l'utérus est, pendant une partie de la vie des femmes, le siége d'une hémorragie périodique, condition que l'on peut considérer comme cause prédisposante de métrorragie. A ces causes viennent s'en ajouter d'autres qui résultent des modifications que l'utérus éprouve pendant la grossesse, et qui exagèrent beaucoup la disposition aux hémorragies, ainsi que la gravité de celles-ci; au premier rang il faut placer les troubles que la grossesse détermine dans la circulation générale, et qui se manifestent par des palpitations, la gêne de la respiration, le gonflement variqueux des troncs veineux inférieurs, la plénitude du pouls et son activité plus grande. Il faut surtout tenir compte des changements survenus dans la structure de l'utérus, particulièrement dans son système vasculaire sanguin, dont nous avons fait connaître les changements.

Causes déterminantes.

La généralité des causes prédisposantes ci-dessus énumérées constituent, soit par leur identité, leur durée, leur réunion, les véritables causes déterminantes de la métrorragie qui nous occupe; ainsi, un travail trop long et trop pénible; un travail trop court, un accouchement trop précipité; un bassin trop vaste, une déchirure du col, un défaut de résistance du pé-

relâchement. Chez d'autres, la marche du travail offrira assez d'irrégularité, pour craindre, après une succession de vives douleurs, la durée de l'état de repos qui leur succède. Aussi la perte se déclare-t-elle quelquefois une demi-heure, une heure et plus, après la délivrance. La matrice continue jusqu'à ce moment à revenir sur elle-même, les contractions maintiennent le globe utérin resserré et durci, et s'opposent continuellement à l'écoulement immodéré du sang; mais bientôt l'orage succède à cet état de calme, le sang s'échappe par flots, et l'accident devient d'autant plus rapide dans ses progrès et plus redoutable dans ses résultats, que le médecin, rassuré sur la position de la femme, n'est plus là pour enrayer, en quelque sorte, sa marche et arrêter l'événement fatal. Les dispositions organiques font aussi naître la lenteur des contractions, et deviennent la source de longues intermittences. Cette cause agit presque constamment dans tous les temps de la parturition, et n'a de résultats fâcheux que dans les premières heures des couches. »

Les constitutions molles avec les tempéraments lymphatiques et nerveux n'entraînent pas toujours la perte. Il en est de même des règles excessives qui s'établissent avant le terme ordinaire de la menstruation. Les signes tirés de la lenteur des contractions et de la mollesse des parois de la matrice appartiennent également à des accouchements terminés avec ou sans hémorragie. La réunion de ces trois conditions, dit Guillemot, peut seule nous permettre de prévoir et d'annoncer comme certaine l'apparition de la perte foudroyante, surtout lorsque déjà la femme y aura été exposée.

Symptomatologie.

Lorsque, à la suite de l'accouchement, l'utérus revient complétement sur lui-même, on sent, dans la région sous-ombilicale, une tumeur dure, globuleuse, arrondie, qui occupe presque tout l'espace qui sépare l'ombilic des pubis. Cette tumeur est le siége de douleurs intermittentes plus ou moins vives, douleurs qui coïncident avec une dureté plus grande de la tumeur. L'inertie de l'utérus se reconnaît précisément à l'absence des caractères que nous venons d'indiquer. En palpant la région abdominale inférieure, on ne sent partout que mollesse et flaccidité. Les parois abdo-

minales et utérines se laissent déprimer avec facilité jusqu'à ce qu'elles soient appliquées contre la paroi postérieure du ventre : si l'énertie est complète, dit Cazeaux, il est même impossible de distinguer les parois utérines des parois abdominales; en portant la main dans l'utérus, elle pénètre ordinairement avec aisance à travers le col, et trouve les parois utérines partout mollasses, plissées sur elles-mêmes comme un morceau de vieux linge. Si l'inertie est incomplète, les parois utérines semblent offrir un peu plus d'épaisseur, un peu plus de consistance; mais elles se laissent encore distendre facilement, et il est facile de reconnaître qu'elles n'ont pas la consistance qu'elles offrent ordinairement.

Cet état d'inertie peut exister sans hémorragie, si le placenta n'est décollé dans aucun des points de sa surface utérine. Mais on comprend que la perte est inévitable, alors que ce décollement a déjà eu lieu; il est, du reste, facile de prévoir qu'elle sera d'autant plus considérable que ce décollement sera plus avancé ou déjà terminé au moment où survient l'inertie.

Les signes, au moyen desquels on peut reconnaître l'existence de l'hémorragie, sont très-faciles à constater; mais l'écoulement est quelquefois si abondant et si rapide, qu'on ne s'aperçoit de son existence qu'à un moment où déjà les jours de la femme sont bien gravement menacés. Les femmes, qui en sont atteintes, accusent ordinairement un sentiment de pesanteur vers l'estomac : bientôt après, la pâleur du visage, les éblouissements, la petitesse du pouls, les faiblesses, les syncopes, et tous les symptômes généraux les plus graves se manifestent. A ces signes s'ajoutent quelques symptômes particuliers à la perte utérine : tels sont les douleurs de reins, les frissons spasmodiques et un sentiment de tiraillement à l'épigastre, quelquefois tout semblable à la sensation produite par la faim; dans les derniers moments, il survient assez souvent quelques accès d'hystérie ou même des mouvements convulsifs. Quant aux phénomènes locaux, ils varient; et, sous ce rapport, la perte a été distinguée en interne et en externe. Lorsque l'hémorragie est externe, le sang qui inonde le lit de la femme, traverse les matelas et coule jusque par terre, ne permet pas de méconnaître la cause des phénomènes généraux que nous venons d'indiquer. Mais lorsque le sang s'accumule dans l'intérieur de la cavité utérine, la

nature de ces accidents peut passer inaperçue, ou, du moins, on ne peut la reconnaître que lorsque déjà il n'est plus temps d'y remédier.

Toutes les circonstances qui peuvent opposer un obstacle à l'écoulement facile du sang à travers le col peuvent causer une hémorragie interne : ainsi une obliquité très-considérable de l'utérus, dans laquelle le col sera porté fortement en haut et en arrière; l'occlusion de l'orifice par la totalité ou une partie de la masse placentaire, par un caillot volumineux; l'occlusion de la vulve par des linges, un tampon mal appliqué; enfin, la contraction spasmodique du col de l'utérus; bien que cette rétraction soit, dans un cas d'inertie du corps, rarement assez considérable pour oblitérer par elle-même complétement le col, on conçoit qu'elle doit nécessairement favoriser la formation d'un caillot qui pourra facilement boucher un col déjà rétracté : nous avons rapporté l'observation d'un cas où cette contraction seule a suffi. La position élevée dans laquelle on place le bassin, dans le but d'arrêter une hémorragie externe, peut devenir la cause d'une perte interne. Enfin, un sang riche en fibrine, et qui, à peine sorti de ses réservoirs naturels, se coagule, par cela seul qu'il dispose à la formation de caillots dans la cavité utérine, dispose aux pertes internes.

Lorsqu'un obstacle quelconque s'oppose à l'écoulement du sang, celui-ci s'accumule dans l'intérieur de la cavité utérine, dont les parois se laissent distendre avec une grande facilité. La main, portée sur le ventre, trouve alors l'utérus volumineux, distendu; quelquefois même il s'élève à la hauteur à laquelle il était parvenu dans les derniers mois de la grossesse; elle ne rencontre plus, à la hauteur ordinaire, la boule formée par la matrice revenue sur elle-même; celle-ci a beaucoup plus de volume et moins de dureté; un doigt, introduit dans le vagin, trouve l'orifice utérin obstrué par un caillot ou par le placenta dévié fortement en arrière, ou resserré spasmodiquement. La main, introduite dans la matrice, y trouve une grande quantité de caillots et de sang liquide.

Diagnostic.

Lorsque l'hémorragie est externe, il est à peu près impossible de se tromper sur la nature de l'accident. Mais il n'en est pas de même quand le

horizontale, suffisent ordinairement pour faire cesser cet accident, que l'on distinguera toujours facilement de la syncope hémorragique par son développement plus brusque, par son accompagnement de symptômes nerveux plus constants et plus nombreux, par sa durée plus courte, par l'amélioration plus prononcée qui la suit, par ses répétitions moins fréquentes, et surtout par l'absence des signes hémorragiques.

Un accès hystériforme, survenant après le travail, pourrait aussi être pris pour les phénomènes nerveux, qui signalent si souvent la terminaison fâcheuse des hémorragies graves. Dans tous ces cas, le toucher vaginal et le palper de la région sous-ombilicale, en faisant constater le resserrement de l'utérus, rassureront pleinement l'accoucheur.

Prognostic.

Les observations de métrorragie puerpérale que nous avons rapportées plus haut, prouvent à l'évidence combien est grand le danger dans lequel cet accident plonge les nouvelles accouchées. En effet, telle est, en général, la grande quantité de sang qu'en peu de temps une ménorragie puerpérale fait perdre que, quand la mort n'en est pas une conséquence immédiate, quelquefois elle en est la suite, et toujours des syncopes plus ou moins fortes, plus ou moins longues et plus ou moins souvent répétées, interviennent dans le cortége symptomatique de cette espèce d'hémorragie ; elles témoignent du faible reste de vie qui demeure à la femme, et, quand elle en guérit, de l'immense danger qu'elle a couru. Enfin, dans certains cas de métrorragie foudroyante, où la mort n'a pas lieu, les suites sont souvent pénibles, de longue durée et constituent généralement des états morbides plus ou moins graves dont quelques-uns même se sont terminés par la mort : on trouve dans la clinique que nous avons donnée de la ménorragie puerpérale, plusieurs cas de cette nature.

« Toutes choses étant égales d'ailleurs, dit Cazeaux (1), l'hémorragie interne étant en général reconnue beaucoup plus tard que l'hémorragie externe, est, par cela même, un accident plus redoutable. » Nous sommes loin de

(1) Page 611.

de la ménorragie. Lorsque celle-ci sera occasionnée, favorisée ou entretenue par une diminution considérable du chiffre de la fibrine, toujours elle sera plus grave et plus dangereuse. Quel est l'homme de l'art qui, dans le cours de sa pratique, n'ait eu à traiter des hémorragies dont la pâleur du sang donnait à ce liquide de la ressemblance avec l'eau faiblement rougie, c'est-à-dire un sang profondément altéré et dont l'altération seule pouvait expliquer l'accident hémorragique; et, dans ces cas, généralement, l'hémorragie n'offre-t-elle pas une opiniâtreté désolante? C'est ainsi que nous avons vu périr d'épistaxis un jeune homme atteint de fièvre typhoïde; mourir de méléna une femme atteinte de la même affection; succomber à une apoplexie cérébrale deux nouvelles accouchées dont l'une avait éprouvé une violente métrorragie, et l'autre une épistaxis rebelle et presque foudroyante.

Nature de l'état pathologique qui succède à la ménorragie abondante.

Des faits cliniques que nous avons rapportés, il résulte que la métrorragie puerpérale abondante, comme toutes les hémorragies de l'espèce, sont généralement suivies d'un état maladif de l'économie, auquel préside manifestement l'altération que la perte a entraînée dans la composition élémentaire du sang. L'affection qui lui succède communément est l'anémie simple, plus ou moins intense. Mais il arrive assez souvent que cette anémie est compliquée d'une dyscrasie hémorragique ou hydropique. Pourquoi ces résultats divers avec une cause toujours la même? C'est que la métrorragie, comme les autres pertes sanguines, n'altère pas toujours le sang de la même manière, et que cette variété d'altération donne lieu à la variété que l'on remarque dans les caractères pathologiques qui en constituent la manifestation; s'il en était autrement, il serait difficile de s'expliquer pourquoi, si la ménorragie altérait toujours le sang de la même manière, cette altération se traduirait par des caractères pathologiques si différents.

Quand une hémorragie abondante a lieu, quatre espèces d'altérations peuvent se manifester dans le sang, savoir :

Première altération. Celle-ci est constante; elle consiste dans une

diminution plus ou moins considérable du chiffre des globules, les autres principes organiques du sang conservant leur chiffre normal. C'est cette altération du sang qui forme le caractère de l'anémie, et plus elle est forte, plus l'anémie est prononcée.

Deuxième altération. Celle-ci consiste non-seulement en une diminution des globules qui occasionne l'anémie, mais aussi en une diminution de l'albumine qui, comme nous le verrons plus loin, donne lieu à l'hydropisie; dans cette circonstance la fibrine peut avoir conservé son chiffre normal.

Troisième altération. L'on rencontre encore ici l'anémie et, par conséquent la diminution des globules ; mais, en outre, on rencontre aussi, ou bien une augmentation plus ou moins considérable du chiffre de la fibrine disposant aux hémorragies actives, comme nous en avons donné des exemples; ou bien une diminution de cet élément spontanément coagulable du sang, donnant aussi à la malade cette fâcheuse prédisposition au retour de l'accident; cette prédisposition, à en juger par les faits recueillis, est même plus prononcée dans la diminution que dans l'état opposé de la fibrine. Nous avons observé des cas où cette diminution de la fibrine déterminait en sus de la dyscrasie hémorragique, des symptômes de pyrexie imitant ceux de la fièvre puerpérale.

Quatrième altération. Enfin, à la suite d'une violente métrorragie, la femme est anémique, offre une dyscrasie hémorragique, et devient en même temps hydropique. Nous en avons cité un exemple dans cet état maladif complexe; l'hémorragie a produit dans le sang la triple altération des globules, de l'albumine et de la fibrine; triple altération qui se traduit pathologiquement par trois ordres de symptômes distincts, mais réunis.

Ces diverses altérations du sang, qui succèdent aux violentes hémorragies et qui offrent leurs caractères particuliers, n'ont-elles pas aussi une influence manifeste sur la marche, la gravité, la nature et la thérapeutique de cet état morbide qui succède aux pertes utérines abondantes? Pour répondre à cette importante question, il faut interroger les faits, et mentionner ce qu'ils nous apprennent à cet égard. Lorsqu'à la suite de métror-

ragie copieuse se manifeste du bruit de souffle dans le cœur et surtout dans l'une ou l'autre, ou les deux carotides, avec pâleur de la peau, disparition des vaisseaux sous-cutanés, décoloration des muqueuses visibles, battement dans la tête, vertiges, bruit de souffle dans l'une ou les deux oreilles; palpitations, essoufflement; divers phénomènes nerveux, etc.; alors, dans cet état anémique si comparable à la chlorose, on rencontre une diminution plus ou moins considérable des globules; mais l'albumine du sérum et la fibrine du sang ont conservé leurs chiffres. Comme dans la chlorose, les femmes alors ne sont pas sujettes au retour de l'hémorragie, et, lorsqu'elles ne sont pas trop rapprochées de l'accouchement, le traitement par les préparations de fer a bientôt rendu au sang le chiffre normal de ses globules, et fait ainsi disparaître l'anémie; ici la guérison est plus prompte que dans la chlorose spontanée; les retours de la maladie sont rares. L'anémie simple, qui suit la métrorragie, reconnaît donc pour cause une diminution des globules du sang; elle offre peu de gravité; sa thérapeutique est facile et sûre. Nous en avons observé beaucoup de cas, nous en avons cité plusieurs. Lorsqu'à la suite de la perte utérine se manifeste, outre les symptômes anémiques précités, des symptômes d'hydropisie sans disposition au retour de l'hémorragie, sans apparence pyrétique, comme nous l'avons vu chez la fille B... (1), alors, outre la diminution des globules, existe aussi une diminution plus ou moins considérable de l'albumine du sérum, la fibrine ayant conservé son chiffre; dans ce cas, la gravité de l'affection est augmentée non-seulement parce que le sang est plus altéré, mais encore parce que l'épanchement de sérosité dans les mailles du tissu cellulaire et ensuite dans les cavités séreuses, gêne plus ou moins les fonctions, et ajoute à la maladie. Les expériences et les recherches d'Andral, les nôtres sur ce sujet, prouvent que, dans cette occasion pathogénique, les globules et l'albumine sont en diminution. La thérapeutique de cette double altération du sang n'est déjà plus si facile que dans l'anémie simple. Ici, nous avons employé avec un égal succès les préparations ferrugineuses; peut-être que, dans les altérations du sang qui consistent en une

(1) Quarantième observation.

c'est cette diminution fibrinaire qui donnera à l'économie la dyscrasie hémorragique. La phlébite, la lymphangite et la fièvre puerpérale tendent au même but.

Lorsqu'à la suite de métrorragie foudroyante, comme chez la fille Cubareau (1), il y aura un degré très-élevé d'anémie, un état d'hydropisie, surtout d'anasarque plus ou moins fort, une dyscrasie hémorragique, pyrétique, alors les trois altérations précitées du sang sont réunies, l'état de la malade en est singulièrement aggravé, le traitement plus difficile, plus long et moins certain.

Nature de l'hémorragie utérine qui survient après les couches.

Quelle est la nature de la métrorragie puerpérale qui survient après la délivrance? A cette question complexe je ne puis donner une réponse concise, une solution unique : c'est qu'en effet cette affection est loin d'avoir toujours le même caractère. En jetant un coup d'œil sur les faits cliniques que nous avons rapportés, il est facile de se convaincre que la nature de cette hémorragie n'est pas toujours la même. Nous allons essayer de faire connaître l'opinion des auteurs à cet égard, puis nous déroulerons la nôtre sur le même sujet.

Guillemot (2) dit : « La matrice, après la délivrance, continue à devenir le siége de phénomènes qui se sont développés pendant le travail de l'enfantement. Les contractions utérines persistent dans le même ordre et avec le même caractère d'intermittence, soit pour expulser les caillots de sang et les fragments des membranes contenues dans la cavité de cet organe, soit pour faciliter l'écoulement des fluides qui engorgent ses parois. Au milieu de ce travail secondaire, le globe utérin se resserre, se durcit sous la douleur, comme dans la parturition, pour reprendre, un moment après, le degré d'extension qu'il avait, lorsque la contraction s'est annoncée. C'est dans ce temps de repos que le sang coule avec abondance dans la cavité utérine, jusqu'à l'instant où la matrice se contracte, et ferme, par le rapprochement de ses parois, les orifices ouverts des vaisseaux.

(1) Trente-huitième observation. — (2) *Archives générales de médecine*, tome XX, page 45.

privation, la misère et les fatigues. Mais quel rang peut-on assigner à de pareilles circonstances par rapport à la production de l'accident? La perte n'existe-t-elle pas sans leur intervention? Peut-on les considérer comme des causes essentielles et uniques, lorsque malgré leur influence, on voit des accouchements se terminer sans l'apparition de cet accident? Un fait qui vient encore à l'appui de cette opinion, c'est qu'il arrive souvent que la perte, après s'être montrée avec violence, s'arrête d'elle-même par des contractions qui, en se répétant avec force donnent assez de solidité à l'utérus pour se refuser à l'afflux du sang. Un viscère affaibli, épuisé, aura-t-il cette aptitude à se contracter? Aura-t-il, vers la fin de l'accident, le pouvoir contractile qu'il n'avait pas à son début? »

L'opinion de Guillemot sur la nature de la métrorragie puerpérale après la délivrance nous paraît beaucoup trop exclusive. Sans doute, dans certain cas où la contractilité de tissus de l'utérus est nulle ou presque nulle, et où le retrait de la matrice n'est dû qu'aux contractions musculaires de l'organe, l'on conçoit que si les périodes de relâchement sont prolongées, la circulation des vaisseaux utérins devenant libre, les sinus placentaires étant béants, une métrorragie plus ou moins abondante pourra avoir lieu. Mais comme il existe dans l'utérus une autre cause de retrait que ses contractions musculaires; que cette cause, que nous désignons sous le nom de contraction de tissus, appartient à l'élasticité de l'organe qui, distendu outre mesure par une cause passagère, tend continuellement à revenir sur lui; qu'outre ce phénomène d'élasticité, qu'on observe dans bien d'autres organes, existe encore ce retrait des tissus, cette contraction organique qui se manifeste dans l'utérus après l'accouchement, et que l'on observe dans bien d'autres parties du corps qui ont été distendues passagèrement, lorsque la cause de distension vient à cesser ; nous en concluons que les métrorragies de la nature de celles admises par M. Guillemot sont rares. Quand, immédiatement après la délivrance, survient un temps, plus ou moins prolongé, de repos de l'utérus, sous le rapport de sa puissance musculaire, alors ce temps devrait toujours être marqué par des hémorragies utérines plus ou moins abondantes. Or, c'est souvent le contraire qui a lieu, c'est un écoulement si faible que l'on s'en aperçoit

l'organe avec hémorragie, n'est-il pas encore rationnel de l'attribuer à cet épuisement musculaire, à cette fatigue, à cette faiblesse, que l'on observe si fréquemment dans les muscles de la vie animale avec lesquels ceux de l'utérus, à la fin de la gestation, offrent tant d'analogie?

Qu'une perte puisse exister sans l'intervention de ces causes; qu'elles ne soient ni essentielles ni uniques, et que, malgré leur influence, la métrorragie n'advienne pas, ces circonstances s'expliquent par les variétés de caractère de la maladie, ainsi que par la nécessité de réunion de plusieurs causes, détaillées plus haut, pour produire cet effet. Un viscère affaibli, épuisé, dit Guillemot, aura-t-il cette aptitude à se contracter? Aura-t-il vers la fin de l'accident le pouvoir contractile qu'il n'avait pas à son début? A ces questions nous répondrons :

1° Que dans certains cas de faiblesse générale, même plus prononcée que celle où la privation, la misère, etc., placent les nouvelles accouchées, non-seulement l'utérus se contracte et se vide en général naturellement du produit de la conception, mais encore il offre assez vite le globe de sûreté, et rarement il survient des hémorragies.

2° Que dans bien des circonstances où la congestion utérine est cause de son défaut de contraction, une violente métrorragie qui, en dégorgeant cet organe, fait disparaître la cause de son défaut de contraction, n'empêche pas l'utérus de se contracter, bien que quelquefois l'affaiblissement de la femme soit porté très-loin.

3° Dans certains cas d'affaiblissement général considérable, où les muscles de la vie de relation n'ont pour ainsi dire plus la force d'agir sous l'empire de la volonté, ne voit-on pas encore ceux de la vie organique se contracter, les intestins se vider des matières fécales, la vessie pousser son contenu au dehors? Or, la matrice, comme le cœur, dont les fonctions contractiles ne sont pas sous l'empire de la volonté, n'offrira-t-elle pas aussi ce signe du maintien de cette puissance? Car l'utérus est un organe qui, à l'époque du travail de l'accouchement, contient manifestement du tissu musculaire; sous le rapport de son tissu et de ses contractions il tient des muscles de la vie animale, sous le rapport de l'influence de la volonté sur elle, elle tient plutôt aux muscles de la vie organique.

pendant la gestation, mais encore celles qui se manifestent pendant et après le travail.

« Lorsque, dit Jacquemin (1), l'utérus a subi ses transformations et qu'on l'examine dans les dernières périodes de la grossesse, on est frappé du développement du système vasculaire sanguin. Les troncs des quatre artères qui alimentent l'utérus se sont accrus, mais leurs ramifications, leurs divisions dans l'épaisseur de l'organe, se sont singulièrement multipliées. Celles qui existaient avant la grossesse ont plus que doublé leur calibre, et un grand nombre d'autres, qui n'existaient pas ou n'étaient pas visibles, se sont successivement formées, accrues, et offrent un calibre considérable. Nous avons fait connaître ailleurs le développement si extraordinaire du système veineux pendant la grossesse; nous rappelerons ici la faiblesse de leurs parois qui sont composées d'une seule tunique, leur adhérence au tissu de l'utérus, et les divisions nombreuses qu'elles envoient dans la cavité de l'organe, et qui pénètrent directement et indirectement dans le tissu même du placenta. Il résulte de cette disposition que, dans le système artériel, le sang passe de troncs assez peu volumineux dans les cavités très-multipliées et très-spacieuses relativement au volume des troncs, cavités constituées par les ramifications si nombreuses qu'elles fournissent dans l'épaisseur de l'organe; que dans l'appareil veineux, une disproportion bien plus grande existe entre les troncs des veines utérines et ovariques et leurs branches, de manière que le sang passe de cavités très-spacieuses dans des tubes plus étroits. » Cette condition est considérée par M. Jacquemin, comme une cause de ralentissement dans la circulation utérine et comme propre à produire la stase veineuse, puis l'engorgement du système veineux, et par suite la rupture des vaisseaux et l'hémorragie qui se manifeste pendant la grossesse ou le travail. Nous ne chercherons pas à discuter cette opinion qui s'éloigne de notre sujet; nous tirerons seulement de ce qui précède, la conséquence qu'un tel état anatomique et physiologique du système sanguin de l'utérus sur la fin de la gestation dispose manifestement à la stase sanguine, à la fluxion, à la congestion de cet organe,

(1) *Archives gén. de méd.*, tome V, troisième série.

conséquemment dispose à une ménorragie. Le reflux du sang, selon le même auteur, serait encore favorisé par la structure particulière des veines utérines qui, au moins pendant la gestation, sont dépourvues de valvules.

En dehors de ces modifications locales, parmi lesquelles Gendrin, quant aux hémorragies utérines qui surviennent pendant la gestation, fait jouer un grand rôle aux contractions séparées qui peuvent survenir sous l'influence de diverses causes, soit dans la couche musculaire superficielle, soit dans la couche musculaire profonde, il existe encore bien d'autres causes prédisposantes de la métrorragie puerpérale, telle que les modifications physiologiques et pathologiques que la grossesse imprime à toutes les fonctions. Ainsi, un état presque continuel de pléthore générale, cette plénitude habituelle du pouls, cette coloration de la face, cette activité plus grande de la matrice et de la circulation, cette susceptibilité que la moindre émotion éveille et irrite, cette délicatesse de sensation, naturelle chez la plupart des femmes nerveuses, mais qui est portée au plus haut degré chez les femmes enceintes. Si l'on se rappelle que, pendant la grossesse, l'utérus est pour ainsi dire le centre commun où viennent aboutir tous les troubles généraux causés par les émotions morales ou physiques, l'on conçevra, dit Cazeaux (1), 1° pourquoi la plupart des auteurs ont considéré une constitution pléthorique, une menstruation normalement abondante, et le tempérament lymphatique qu'accompagne si souvent une grande irritabilité nerveuse, comme causes prédisposantes des hémorragies puerpérales; 2° pourquoi les femmes pléthoriques sont si souvent affectées de pertes au retour de la période menstruelle, puisqu'à cette époque l'habitude entretient dans l'utérus une activité plus grande, une congestion plus intense; 3° pourquoi les excès des plaisirs de l'amour ont souvent été suivis de pertes abondantes, en entretenant dans tous les organes génitaux une excitation trop vive et trop longtemps continuée; 4° pourquoi, enfin, toutes les circonstances propres à déterminer ou à entretenir une grande activité dans la circulation générale, et surtout des afflux plus considérables de liquide vers l'organe gestateur, ont été de

(1) Page 450.

tout temps considérés comme prédisposant les femmes à l'hémorragie : ainsi, la fatigue, la fréquentation des bals, des spectacles, des réunions nombreuses, où la température est élevée et l'air impur; les veilles trop longtemps prolongées, une nourriture trop excitante, l'usage de boissons alcooliques; dans une autre classe, les irritants locaux : ainsi, l'abus des purgatifs drastiques dont la réaction peut s'étendre à l'utérus, les bains de siége, l'application fréquemment renouvelée de sangsues à la vulve, l'existence d'une altération organique ou d'une inflammation aiguë dans les organes voisins ou dans l'utérus lui-même, toutes circonstances propres à entretenir un état habituel de congestion vers la matrice. Ces causes nombreuses, qui ont une action beaucoup plus directe sur la production des hémorragies qui surviennent pendant la gestation peuvent aussi étendre leur influence sur la production de celles qui ont lieu, après la délivrance, en fluxionnant ou en habituant l'utérus à se congestionner, le sang à se porter vers cet organe.

« M. le professeur Seutin (1), de Bruxelles, prétend que l'inertie utérine est fréquemment l'effet d'un brusque et abondant afflux de sang dans le tissu de l'organe, qui, en produisant une distension subite des vaisseaux capillaires, les frappe de stupeur ou d'asphyxie, et paralise les forces contractiles de la matrice; au contraire, l'inertie est ordinairement considérée comme la cause de cet afflux sanguin, et par conséquent de l'hémorragie : de là, la différence d'opinion sur la valeur pratique de la compression de l'aorte que M. Seutin emploie immédiatement dans les ménorragies graves, non-seulement pour suspendre le cours du sang, mais encore pour combattre la congestion, l'oppression des forces utérines, et pour mettre ainsi l'organe dans les conditions les plus favorables à son resserrement.

« Pour rendre, par une comparaison, cette théorie plus claire, dit M. Van Huevel, il aurait pu citer l'exemple de ce qui arrive quelquefois au bras pendant la saignée : si, malgré l'ouverture de la veine et l'écoulement du sang, l'engourdissement survient dans le membre par suite de la congestion locale ; que l'on comprime, au-dessus de la ligature

(1) Cazeaux, page 617, note de M. V. H.

l'artère brachiale sans le nerf, c'est-à-dire que l'on fasse cesser la congestion en empêchant le sang d'affluer dans l'avant-bras, et bientôt on verra la contractilité musculaire se rétablir. »

« En considérant, dit le même auteur, l'inertie de matrice comme cause première de l'hémorragie, il faudrait, du moins après la délivrance, que la perte suivit toujours le défaut de resserrement de ce viscère : or, cela n'est pas. D'un autre côté, il arrive qu'après sa contraction ou le retour complet sur lui-même, l'utérus se congestionne, se distend de nouveau, et laisse échapper des flots de sang; ce n'est donc pas l'inertie, mais un molimen hémorragique; un stimulus local, qui a fait affluer ce liquide dans les parois utérines; leur contractilité doit céder peu à peu sous l'effort croissant de l'engorgement vasculaire; la distension de l'organe s'en suit; l'hémorragie a lieu, laquelle remédierait immédiatement à la cause du mal, si de nouvelles ondées sanguines ne venaient constamment remplacer les premières. Or, en comprimant l'aorte, M. Seutin arrête tout d'un coup cet afflux stupéfiant, et la tonicité utérine revient à mesure que le dégorgement s'opère. »

Si l'on considère 1° la perméabilité facile du tissu musculaire de l'utérus après la délivrance; 2° la grande quantité de vaisseaux artériels et veineux qui abreuvent ces parois; 3° la capacité singulièrement augmentée de son système vasculaire à cette époque; 4° la facilité des congestions veineuses occasionnées par la compression qu'exercent sur cette partie du système vasculaire les contractions, le retrait de l'utérus, compression qui, à cause de la résistance des parois artérielles, a bien moins d'influence sur les artères, et permet dans l'organe l'afflux du sang, et sa stase; 5° l'habitude du sang à se porter vers cet organe; 6° les causes nombreuses de stimulation qui, à l'époque puerpérale peuvent l'y attirer; 7° l'influence stupéfiante, affaiblissante qu'exerce sur le système musculaire de la vie de relation, la stase, la congestion sanguine, surtout veineuse, comme on l'observe dans certaines affections du côté droit du cœur où la circulation des veines caves est tellement difficile que l'on observe à la peau, surtout des extrémités inférieures, un état variqueux de ses capillaires; alors, si l'on fait attention aux mouvements des extrémités

inférieures, surtout, il sera facile de remarquer que leur difficulté, leur faiblesse, ne dépendent pas seulement de l'état général, ni de l'accumulation de la sérosité dans les mailles du tissu cellulaire, mais aussi de la stase du sang veineux qui les gêne non-seulement par son accumulation, mais encore par son action délétère; 8° que, de cette diminution dans la faculté contractile des muscles utérins, résulte la possibilité de leur distension, et d'une accumulation plus ou moins considérable de sang; 9° que cette congestion peut alors déterminer une métrorragie plus ou moins intense : ces considérations nous portent à admettre comme vraie la théorie de M. Seutin. Mais l'est-elle relativement à tous les cas de ménorragie que l'on a observés après la délivrance? Nous ne croyons pas : *a.* parce que des faits authentiques, et nous en avons rapportés, sont venus prouver qu'à l'inertie seule de l'utérus dans certains cas, par conséquent, à la perméabilité facile de son système vasculaire, à l'intégrité presque complète sous le rapport de leur direction et de leur ampleur, à la continuité de l'écoulement sanguin par les sinus veineux de la surface placentaire, écoulement qui empêche la formation des caillots obturateurs et maintient béantes ces ouvertures vasculaires, pouvait se rattacher la métrorragie; *b.* parce que dans certains cas, on a pu, par le palper hypogastrique et par l'introduction de la main dans l'utérus pendant l'hémorragie comme pendant le temps qu'un état de syncope pouvait l'avoir suspendu, constater évidemment un état d'inertie des parois utérines, un défaut absolu de contraction, de mollesse telle que l'utérus ne pouvait être reconnu par le palper abdominal, et que, par l'introduction de la main dans sa cavité, on parvenait jusque la région épigastrique, pour ainsi dire sans rencontrer de résistance; *c.* parce que, et quoiqu'en dise Van Huevel, s'il en était toujours ainsi, dans bien des cas où l'afflux du sang n'est pas trop considérable et trop brusque, généralement l'hémorragie serait le meilleur moyen de traitement, et, à mesure que le système sanguin général perdrait de son abondance, que les nouvelles ondées de sang qui arriveraient à l'utérus seraient moins abondantes, nécessairement la congestion utérine devrait diminuer et la contraction de l'organe reparaître d'autant; *d.* que des congestions utérines avec développement considérable de l'organe, à la suite

de la matrice bien des hémorragies de cet organe qui reconnaissaient d'autres causes.

Burns (1) dit : « La contraction de l'utérus tend à prévenir l'hémorragie en agissant sur les vaisseaux. Mais, tandis que nous estimons la contraction à sa juste valeur, et que nous regardons son absence comme une cause d'hémorragie, cependant il faut attribuer quelque chose à l'état des vaisseaux eux-mêmes, comme étant affectés par les nerfs de l'utérus. Si quelque circonstance entretient l'irritation des nerfs de l'utérus, tout le système vasculaire sera aussi mis en activité, et si à cela se joint un relâchement d'une grande partie des fibres, comme cela arrive surtout lorsqu'une partie éprouve une action spasmodique, il doit se produire un effet bien capable d'occasionner une hémorragie.

« Dans presque, sinon absolument dans tous les cas de perte, soit avant ou après l'expulsion des placenta, on remarque une action spasmodique des fibres du col utérin lui-même qui paraît suffisante pour exciter les vaisseaux, peut-être aussi pour retarder le retour du sang, à travers certaines veines. Ce spasme, s'il ne le produit point, accompagne du moins généralement un relâchement des autres fibres de l'utérus, et ces deux états opposés sont sujets à se produire, si le travail a été laborieux, ou si l'enfant a été expulsé tout à coup par une contraction forte, mais seulement momentanée. Cependant, même indépendamment de la contraction musculaire, l'hémorragie peut naître de celle des vaisseaux, et quelquefois elle a été arrêtée chez des femmes qui y sont sujettes pour cette cause, en ôtant du sang pendant l'accouchement et à la fin de la grossesse. Mais cette pratique paraît réussir, non pas tant comme le suppose le docteur Gooch, en ce qu'elle diminue la pléthore générale ou l'action anormale des artères, que par son influence locale sur l'origine des nerfs utérins. »

« L'inertie de la matrice, dit le même auteur, est quelquefois si universelle que, lorsque la main est introduite, elle pénètre presque jusqu'au niveau de l'estomac. Mais, en général, une rangée de fibres circulaires se contracte spasmodiquement autour de la partie supérieure du col utérin, rete-

(1) *Encyclopédie des sciences méd.*, 4e division, obstétrique, page 341.

excitant le système circulatoire, devenir cause d'hémorragie. En effet, nous avons observé des faits semblables dans d'autres organes que l'utérus. Ainsi, j'ai vu des spasmes de l'estomac déterminer des douleurs dans le dos, du malaise, de l'anxiété, de la faiblesse, des nausées, des vomissements, de l'oppression, des palpitations, de la pâleur, la petitesse du pouls, la défaillance, quelquefois même une syncope complète. Ces accès, d'une durée variable, se répétaient à des intervalles plus ou moins rapprochés, avaient une intensité souvent considérable, et semblaient appartenir tantôt à une affection de la moelle épinière, tantôt à une altération du nerf trisplanchnique : c'est pendant l'existence de ces spasmes que j'ai quelquefois observé des gastrorragies épouvantables, se répétant une ou plusieurs fois et occasionnant quelquefois la mort. Nous pensons qu'alors l'altération nerveuse, surtout du grand sympathique, dont les filaments accompagnent les vaisseaux sanguins jusque dans leur dernière division et prennent, sans doute, une part active à l'accomplissement comme au trouble de leur fonction, est la véritable cause de l'hémorragie. Et pourquoi, dans certains cas de métrorragie puerpérale, n'en serait-il pas ainsi, puisque, dans cette époque, le système nerveux général, et en particulier celui de l'utérus, est plus impressionnable, plus disposé à devenir malade? Nous ne chercherons pas à glaner dans le champ des hypothèses pour donner, à l'action du système nerveux, une théorie dans la production de ces hémorragies; nous nous contenterons d'avoir cité, à cet égard, des faits comparatifs, et l'opinion d'un tokologiste distingué, de Burns, qui a cru la reconnaître dans les phénomènes qu'il a observés. Et si l'on nous demande comment une affection des nerfs de la moelle épinière peut produire un tel effet? Nous répondrons que les nerfs ganglionnaires, qui ont avec les nerfs du dos un si grand nombre de connexions, éprouvent fréquemment l'influence morbide de l'affection de ceux-là par l'effet seul de leurs communications. Des exemples d'altération fonctionnelle des nerfs de la vie organique qui étaient intacts, avec ceux de la vie animale qui étaient en souffrance ne sont pas très-rares. Burggraeve en a consigné une observation dans les Annales de la Société de médecine de Gand, 1846.

Ce qui semble encore confirmer cette manière de voir sur la produc-

tion de certaines métrorragies, c'est l'influence avantageuse que des praticiens anglais du premier mérite ont reconnu aux préparations opiacées.

« Une inversion partielle ou complète de la matrice, dit Burns (1), est une cause de métrorragie, qui ne peut être reconnue que par le toucher. »

Il est facile de concevoir qu'un pareil état de l'utérus, après la délivrance, peut bien donner lieu à la ménorragie puerpérale. Ici, outre l'irritation produite par la constriction, par le tiraillement de l'utérus et de ses annexes, une partie ou la totalité de la surface placentaire se trouve dans le renversement, les caillots obturateurs ont peine à se former d'une manière assez complète pour obstruer les sinus utérins; le retrait de l'utérus est irrégulier et la digue qu'il oppose à la sortie du sang est incomplète; de là résulte l'hémorragie.

Le placenta retenu dans la matrice, décollé en partie ou en totalité, est fréquemment cause de métrorragie, cause sur laquelle les principales autorités sont loin de s'entendre. Mais comme cet accident regarde la délivrance et s'éloigne de notre sujet, nous n'en parlerons pas davantage ici. Nous dirons seulement quelques mots sur la rétention, comme cause de métrorragie, d'une portion de placenta. « La rétention d'une petite portion de placenta, dit Burns (2), qui a fortement adhéré à l'utérus, est aussi une cause d'hémorragie, et la perte peut se renouveler pendant plusieurs jours jusqu'à ce que cette portion soit expulsée. » Nous avons cité plus d'un cas semblables dans la partie clinique de la ménorragie puerpérale. Dans ces cas, il ne nous paraît pas douteux que l'hémorragie utérine ne soit produite par une irritation de l'organe utérin, irritation qu'entretient cette portion de placenta, et qui, en déterminant sur la matrice des congestions momentanées, donne lieu à des hémorragies qui reviennent par accès.

« Il peut aussi arriver, dit Burns (3), que, par quelque agitation de l'esprit, ou à cause d'un état maladif de l'économie, l'utérus n'agisse pas régulièrement dans son travail de contraction ou de retour à son état normal; dans ce cas, sa cavité peut être remplie de sang, et il se forme un caillot

(1) Page 346. — (2) Page 351. — (3) Page 351.

qui est expulsé avec un écoulement aqueux. La matrice peut rester ainsi stationnaire pendant un temps considérable, et les caillots être successivement expulsés avec de légères douleurs et une hémorragie assez forte. Ces symptômes ressemblent assez à ceux qui sont produits par la rétention d'une portion de placenta, et on ne peut les distinguer avec certitude. Cependant l'odeur est moins forte, et l'on ne remarque jamais qu'aucune portion de placenta soit expulsée, tandis que le caillot, s'il est entier, a entièrement la forme de la cavité utérine. »

J'ai eu l'occasion de rencontrer plusieurs faits semblables; mais alors il existait des signes évidents de métrite, dont l'hémorragie et la formation des caillots n'étaient que des conséquences : aussi, dans ces circonstances, la matrice étant vide de sang n'était pas guérie; la formation d'autres caillots, un nouvel écoulement de sang, en dénotaient la preuve : aussi, dans ces cas, c'est en combattant la phlogose utérine et en détournant l'afflux du sang vers cet organe, que je mettais fin à la métrorragie.

« Enfin, dit Burns (1), si la malade a fait quelque imprudence avant que la matrice n'ait été parfaitement rétablie, il peut exister un écoulement de sang qui n'est pas en général très-fort; mais qui, par sa longue durée, finit par s'élever à une quantité considérable, et par altérer la santé et les forces de la femme, c'est ce que l'on appelle ménorragie lochiale. » Dans ces cas. les douleurs qui se font sentir, surtout par accès, dans la région de l'utérus; la longue durée de l'hémorragie, son peu d'intensité, nous semblent aussi dénoter une irritation de la matrice, qui, en donnant une activité plus grande à la circulation de l'organe, nous paraît être la véritable cause de la métrorragie lochiale. Cet écoulement sanguin pourrait bien appartenir à une autre partie de la cavité utérine qu'à sa surface placentaire; car, en dehors de cette surface, dans l'état puerpéral, on rencontre aussi des vaisseaux artériels et veineux qui peuvent fournir une exhalation sanguine.

Nous donnons à l'hémorragie, à laquelle Oakley Heming donne le nom

(1) Page 351.

d'intra-vaginale, l'explication suivante : selon nous, elle résulte de la formation, dans l'utérus, d'un caillot plus ou moins volumineux ; ce caillot, chassé de son lieu de formation par les contractions utérines qu'il provoque, parvient dans le vagin ; son volume, sa position, l'inertie de ce conduit, l'y retiennent ; là, l'arrivée du sang de l'utérus le fait grossir par couches superposées ; sa présence finit par exciter les contractions de la matrice, qui sont d'autant plus douloureuses qu'elles s'exercent sur un vide plus complet. Ces douleurs, plus peut-être que la quantité de sang perdu, sont cause des syncopes qui s'observent alors.

Nous avons, dans la partie clinique, cité le cas d'une femme, dont la métrorragie dépendait d'une déchirure des parties génitales. La rupture de varices des mêmes parties a quelquefois donné lieu aux mêmes résultats. Mais ces hémorragies traumatiques, outre qu'elles n'appartiennent pas à l'utérus, regardent le travail de l'accouchement.

Nous avons aussi fait connaître un cas de placenta osseux, qui fut suivi de métrorragie ; les blessures produites par les nombreuses pointes osseuses, dont était garni l'arrière-faix, l'irritation utérine suite de ces blessures, peuvent, selon nous, rendre raison de l'hémorragie.

Nous avons aussi cité le cas d'un utérus à colonne, et dans lequel deux accouchements successifs ont été suivis de métrorragie violente. Dans ces cas, non-seulement ces colonnes charnues peuvent fournir à l'écoulement de sang qui a lieu, mais encore elles peuvent, en rendant imparfait le retrait des parois utérines, être cause que la circulation sanguine de l'organe conservera de sa liberté, que tous ou partie des sinus utérins resteront béants, et que, par là, le sang pourra s'échapper en quantité plus ou moins considérable. Ajoutons à ce qui précède que ces colonnes ne tardent pas à faire l'office de corps étrangers, qu'une inflammation de l'organe utérin s'établit en séquestre des parties plus ou moins considérables et fait tomber le reste en suppuration. Or, cette inflammation ne laisse pas que d'attirer vers l'utérus un mouvement fluxionnaire du sang qui favorise l'hémorragie.

Outre ces causes de métrorragie puerpérale, cherchons s'il n'y en a pas qui soient le produit d'un changement primitivement survenu dans la com-

position du sang. « Des recherches auxquelles je me suis livré sur ce sujet, dit Andral (1), je crois pouvoir conclure qu'il y a effectivement un certain nombre d'hémorragies dont on ne saurait trouver la cause dans une altération première des solides, et qui sont le résultat d'une modification survenue dans la composition du sang : cette modification consiste dans une diminution relative ou absolue de la fibrine. »

Nous croyons, comme Andral, que, dans certaines circonstances, l'altération du sang est cause d'hémorragie ; et, s'il en est ainsi dans des circonstances non puerpérales de la femme ; s'il en est ainsi dans d'autres organes que l'utérus chez les nouvelles accouchées, comment se refuser à admettre un phénomène pathologique semblable dans un organe où tant de causes concourent à favoriser sa production? En effet, qu'il se manifeste une de ces altérations du sang, dont nous allons parler, pendant l'état puerpéral de la femme, l'on conçoit que l'état du système vasculaire de l'utérus alors, le peu d'énergie qu'un sang pareil donnera aux contractions utérines, l'altération qui en résultera dans l'innervation de l'organe, favoriseront singulièrement les effets de cette cause. Ajoutons à ces considérations l'existence, pendant cette époque, de causes nombreuses susceptibles de produire l'altération du sang, et nous aurons une telle somme de probabilité que l'on devra croire à la possibilité de cette cause dans la production de certaines métrorragies.

« Les anciens, dit Andral (2), avaient placé au nombre des causes des hémorragies un état de dissolution du sang. Or, qu'est-ce que cette dissolution, si ce n'est un état dans lequel le sang contient moins de fibrine que de coutume? »

« Les hémorragies, dit le même auteur, sont communes dans les maladies où le sang contient peu de fibrine, comme dans le typhus et le scorbut; elles sont rares, au contraire, dans les maladies où le sang en contient trop, soit d'une manière absolue, soit d'une manière relative.

« La diminution de la fibrine, par rapport aux globules, voilà donc la grande condition du sang qui favorise la production des hémorra-

(1) *Essai d'hématologie pathologique*, page 126. — (2) Ouvrage cité, page 126.

gies ; le rapport de ces deux faits est tellement constant, qu'il me paraît impossible de ne pas regarder l'une comme la cause de l'autre.

« Deux états très-différents du sang dans lesquels persiste la loi de la diminution de la fibrine par rapport aux globules, peuvent favoriser la production des hémorragies. Le premier de ces états est celui dans lequel le chiffre des globules s'est élevé à la limite supérieure de l'état physiologique, ou l'a surpassé, la fibrine conservant en même temps son chiffre normal, et se maintenant même aussi souvent au-dessous de sa moyenne qu'au-dessus ; c'est ce qui a lieu dans la pléthore, et il est d'observation commune que les pléthoriques sont disposés à avoir des hémorragies. Le deuxième état du sang qui favorise bien plus que le précédent la production d'hémorragies abondantes et répétées, c'est celui dans lequel la fibrine a réellement diminué de quantité, les globules pouvant d'ailleurs avoir conservé leur chiffre normal ; comme par exemple, dans le scorbut. »

Dans la partie clinique, nous avons cité un cas de métrorragie lié à un pourpre hémorragique. Or, dans ce genre d'affection, Andral a trouvé que la fibrine du sang était en dessous de son chiffre normal. J'ai aussi rencontré plusieurs autres cas de pourpre hémorragique ; toujours j'ai remarqué combien ces malades étaient sujets aux hémorragies ; combien leur sang offrait cet état de liquidité et de dissolution qui est la traduction de la diminution de sa fibrine.

Ce n'est pas seulement dans ces cas d'hémorragies multipliées comme on en rencontre dans le scorbut, le *purpura hemorragica,* le typhus, qu'Andral a rencontré une diminution de fibrine, il a aussi cité, dans son mémoire sur les altérations du sang, des cas d'hémorragie cérébrale, dont la production avait été également précédée d'une diminution dans la fibrine du sang. « Les faits, dit-il (1), conduisent à admettre que, dans certains cas il y a des hémorragies qui peuvent dépendre de ce que le sang, privé de sa quantité normale de fibrine, a perdu, par cela même, une partie de sa plasticité ; et ainsi l'on arrive à trouver, dans une altération du sang, le

(1) Page 135.

point de départ de certains phénomènes morbides, dont la cause est le plus souvent rapportée à une lésion des solides. » Nous avons également observé deux cas d'apoplexie cérébrale chez de nouvelles accouchées, où l'altération du sang semblait constituer une diathèse hémorragique, et où ce fluide offrait cet état de liquidité, de dissolution qui caractérise la diminution de sa fibrine. Dans l'un de ces cas, un épistaxis rebelle fut suivi d'apoplexie foudroyante; dans l'autre, il se déclara d'abord une violente métrorragie suivie de symptômes typhoïdes-adynamiques, puis une hémorragie cérébrale. Dans l'un et l'autre cas, le sang était liquide, diffluent. Si à ces faits, appartenant à l'état puerpéral, nous joignons ceux qui sont étrangers à cet état et qui se sont présentés à notre observation, ces hémorragies qui dépendaient évidemment d'une diminution de la fibrine du sang, nous pourrons conclure, avec Andral, que cette altération du sang dans laquelle ce fluide a perdu sa quantité normale de fibrine, et, par cela même, une partie de sa plasticité, peut être le point de départ de certaines hémorragies.

Mais nous ne partageons pas l'avis de ce célèbre hématologiste lorsqu'il dit (1) : « Les cas dans lesquels la fibrine n'est diminuée que relativement aux globules qui sont en excès, rentrent, par leurs symptômes, dans les cas d'hémorragies dites *actives;* et les cas dans lesquels la quantité de fibrine est réellement diminuée, rentrent dans ceux d'hémorragie dite *passive.* » Cette distinction en hémorragie *active* et en hémorragie *passive* est nécessaire à la clinique et à la thérapeutique; mais une chose importante est de l'établir sur des bases certaines. Or, comme nous allons le voir, non-seulement celles sur lesquelles s'appuie M. Andral, ne sont pas justes, mais encore elles sont loin de comprendre le caractère d'une foule d'hémorragies qui n'appartiennent pas à une altération du sang, et dont nous avons parlé plus haut. Quant à celles qui sont liées à une altération du sang, nous aussi nous admettons des hémorragies *actives* et des hémorragies *passives;* mais nous basons notre division sur des états entièrement opposés du sang, état dont nous avons recueilli plusieurs exemples. Nous ne voyons pas qu'il y ait conséquence à ranger dans les

(1) Page 134.

hémorragies *actives* celles qui résulteraient d'une diminution de la fibrine relativement aux globules, et dans les hémorragies *passives* celles qui reconnaîtraient pour cause une diminution absolue du même élément. Dans l'un et l'autre cas, c'est une même altération du sang, une diminution de sa fibrine. Or, que cette diminution soit absolue ou relative, elle ne change pas de caractère, elle ne peut donc servir de division. Si nous avons rencontré des cas où nous avons fait l'analyse du sang, et où l'altération de ce fluide, consistant en une diminution de sa fibrine, en une diminution de sa plasticité, nous a paru cause d'hémorragie, même dans la pléthore, nous avons aussi rencontré des personnes dont le sang était très-riche en fibrine et dont la santé n'offrait d'autres altérations que des hémorragies ; dans ces cas, où nous n'avons rien trouvé d'autre pour nous expliquer cet accident, où la santé n'a reparu intacte qu'avec le retour à l'état normal du chiffre de la fibrine, où, par conséquent, l'augmentation de cet élément était cause de l'affection, quelle épithète M. Andral donnera-t-il à cette espèce d'hémorragie? Nous l'ignorons; mais, quant à nous, nous trouvons plus rationnel, plus conforme aux faits, plus utile à la thérapeutique, de classer parmi les hémorragies *passives* celles qui sont liées à une altération du sang dans laquelle la fibrine est en dessous de son chiffre normal, ou est diminuée relativement aux globules; parmi les hémorragies *actives,* celles qui seront dépendantes d'un état du sang, où la fibrine est en excès.

Nous convenons avec M. le professeur Andral que certaines hémorragies se répètent avec une opiniâtreté désespérante chez des individus qui ont subi de très-grandes pertes de sang. Nous convenons encore avec lui qu'une hémorragie qui, par son abondance ou par ses continuels retours, a épuisé l'organisme, peut trouver dans la condition nouvelle de composition où elle a placé le sang, une cause de sa persistance ou de ses récidives; enfin, nous convenons des inconvénients qui peuvent résulter des saignées trop copieuses, employées pour arrêter ou pour prévenir des hémorragies, saignées qui, par leur extrême abondance, peuvent au contraire avoir pour effet de les perpétuer ou de les ramener. Mais nous considérons comme beaucoup trop exclusive l'explication qu'il

donne de ce fait. Que, dans certains cas, ces pertes de sang, qui ne tendent en général qu'à diminuer le chiffre des globules, finissent aussi par occasionner la même altération dans la fibrine, et que la diminution de celle-ci entretienne l'hémorragie, ou favorise la disposition hémorragique, c'est chose reconnue par l'expérience. Mais qu'en semblable occurrence se manifeste l'état opposé, c'est-à-dire une augmentation plus ou moins considérable du chiffre de la fibrine, comme cela s'observe communément en circonstances pareilles, et que cette augmentation soit la véritable cause qui entretienne et l'hémorragie et la disposition hémorragique, pour nous la chose n'est pas douteuse, elle est conforme à la division que nous avons admise, aux raisonnements et aux faits.

Nous terminerons ce que nous avons à dire du sang dans les hémorragies, par la description des propriétés physiques de ce fluide dans ces affections. « Examiné sous le rapport de ses propriétés physiques (1) le sang, dans les hémorragies, ne diffère pas sensiblement du sang des pyrexies. Il n'offre jamais de couenne, à moins de complication de quelque état phlegmasique. Le caillot est généralement large. Il n'est petit que dans le cas d'extrême appauvrissement du sang. Il est le plus souvent remarquable par une assez grande mollesse, et, pour peu que l'hémorragie tienne à une diminution assez notable de la fibrine, on peut trouver le sang tellement peu coagulable qu'il se réunit à peine en un véritable caillot, enfin il peut arriver qu'à la place de celui-ci on ne trouve plus, dans le vase qui a reçu le sang, que des grumeaux mal liés entre eux, qui restent suspendus au milieu d'un sérum rougeâtre. » C'est là, dit Andral, cet état de dissolution du sang qui existe plus ou moins marqué dans toutes les maladies qui ont pour un de leurs caractères une disposition générale aux hémorragies.

Résumé de notre opinion sur la nature de la ménorragie puerpérale.

En discutant la valeur des opinions principales émises sur la nature de cette affection, nous avons fait connaître les motifs et les raisonnements

(1) ANDRAL, page 136.

minant dans cet organe une irritation plus ou moins forte, un appel plus ou moins considérable de sang, peut devenir cause de métrorragie : car, une irritation de la matrice, occasionnée ou non par cette cause ou des caillots, a plus d'une fois été l'occasion d'hémorragie semblable. N'est-ce pas à une espèce pareille d'écoulement sanguin que l'on a donné le nom de ménorragies lochiales? Celles-ci, dans certains cas, pourraient bien appartenir aux exhalations sanguines.

VIII. La ménorragie intra-vaginale d'Oakley prend son origine dans l'utérus. C'est cet organe qui fournit à son accroissement. Le caillot sanguin du vagin n'a d'autre effet que d'exciter les douleurs de l'utérus, sa congestion, ses contractions, et, par là, la persistance de l'hémorragie.

IX. Un état osseux du placenta a pu, en blessant, en irritant la surface interne de l'utérus, devenir cause d'hémorragie.

X. Un utérus à colonnes dispose à la ménorragie puerpérale. Non-seulement ces colonnes rendent imparfait le retrait de l'organe, mais encore le travail pathologique qui, après la délivrance, s'empare d'elles et en opère la destruction plus ou moins entière, peut, en se propageant à l'utérus, devenir cause d'hémorragie.

XI. Il est certaines altérations du sang qui disposent aux hémorragies. Celle qui y dispose le plus est une diminution relative ou absolue du chiffre de sa fibrine. Mais l'état opposé, c'est-à-dire une augmentation du chiffre de cet élément, dispose aussi, mais plus rarement, au même accident. Dans le premier cas l'hémorragie est dite *passive;* elle est *active* dans le deuxième.

XII. Si les faits, si les qualités physiques et chimiques du sang, ont mis en évidence la proposition précédente pour les hémorragies en général, pourquoi cette cause ne s'étendrait-elle pas à certains cas de ménorragie puerpérale? Ici, en effet, la diminution de l'élément fibrinaire devra jouer un rôle d'autant plus important, que son augmentation est plus nécessaire à la plasticité du sang, et, par conséquent, à la prompte formation des caillots appelés à obstruer les sinus utérins.

qu'est-il résulté? C'est que, d'un côté, la science, quoique pleine de faits, ne s'est point enrichie de préceptes, soit dans le prognostic de l'accouchement, soit dans le traitement à opposer à cet ordre de pertes, et de l'autre, le médecin a eu souvent le chagrin de voir périr la femme à la suite d'un accident que des connaissances plus approfondies et plus complètes auraient rendu plus facile à prévoir, ou à combattre avec succès. Les signes que les auteurs ont considéré comme propres à nous faire présager la perte utérine après la délivrance, mettraient notre prognostic souvent en défaut, si, comme eux, nous les adoptions séparément. En effet, 1° les constitutions molles avec les tempéraments lymphatiques et nerveux, qu'ils nous ont présenté comme condition de cet accident, n'entraînent pas toujours la perte; 2° il en est de même des règles excessives qui s'établissent avant le terme ordinaire de la menstruation; 3° les signes tirés de la lenteur des contractions et de la mollesse des parois de la matrice appartiennent également à des accouchements, terminés avec ou sans le développement de l'accident. La réunion de ces trois conditions peut seule nous permettre de prévoir et d'annoncer comme certaine l'apparition de la perte foudroyante, surtout lorsque déjà la femme y aura été exposée. »

A ces trois conditions, dont tout médecin doit reconnaître l'importance et l'utilité et qu'à cause de cela on ne saurait trop grossir le nombre pour les rendre moins sujettes à l'erreur, nous en ajouterons une quatrième, qui consistera dans la connaissance exacte des qualités physiques et chimiques du sang de la femme peu de temps avant le travail, et, au moins, dans les trois derniers mois de gestation.

Le traitement préservatif consiste à détruire les prédispositions que nous avons fait connaître, et à prévenir l'action des causes que nous avons dit pouvoir déterminer l'inertie de l'utérus après l'accouchement. Chez les femmes d'une constitution pléthorique, abondamment réglées, et chez lesquelles des phénomènes de pléthore se manifesteront pendant la grossesse, et où l'analyse du sang révélera une augmentation relative ou absolue du chiffre des globules, il ne faut pas craindre de répéter la saignée une ou plusieurs fois pendant les trois derniers mois de la grossesse, et même pendant le travail, si la plénitude du pouls, la coloration de la face, la cé-

phalalgie l'exigeaient. Ces saignées diminuent infailliblement la quantité des globules sanguins, sans que la fibrine s'abaisse ; l'équilibre se trouve ainsi spontanément rétabli chez ces femmes entre la fibrine et les globules, et alors cesse leur disposition à l'hémorragie avec les signes de la pléthore. Nos recherches chimiques sur la composition du sang de la femme en état de gestation nous ont révélé, contrairement à ce qu'ont avancé des auteurs du premier mérite, que, pendant les trois derniers mois de gestation, le chiffre de la fibrine n'est pas toujours en excès relativement au chiffre des globules, et que, dans certains cas, les globules, proportionnellement à la fibrine, sont en excès ; d'où résulte l'état pléthorique. Or, c'est dans ces cas que les saignées conviendront surtout, et que les symptômes de pléthore, mais préférablement l'analyse du sang, pourront faire réitérer une ou plusieurs fois.

Chez les femmes d'une constitution faible et délicate, qui déjà auraient eu des pertes lors de leurs accouchements antécédents, ou qui auraient dans leurs descendants, leurs collatéraux ou leurs ascendants, des membres sujets au même accident ; chez celles où la misère, la privation, la fatigue, les maladies, etc., ont plus ou moins affaibli la constitution, on devra, pendant les trois derniers mois, leur retirer une petite quantité de sang pour pouvoir en faire l'analyse, et, d'après la composition élémentaire de celui-ci, chercher à apporter, dans ce fluide régénérateur, les modifications que pourraient comporter ses altérations : si, comme il arrive assez fréquemment chez les femmes lymphatiques et nerveuses, le chiffre de la fibrine est en excès, soit d'une manière relative, soit surtout d'une manière absolue, dès lors il faudra bien se garder de recourir aux évacuations sanguines, qui auraient pour effet de diminuer le chiffre des globules et d'augmenter, relativement à cet élément, le chiffre de la fibrine déjà en excès. C'est à l'usage d'aliments doux et peu réparateurs, de boissons délayantes et légèrement alcalines qu'il conviendra d'avoir recours. Ce régime peut maintenir le chiffre des globules, car, en n'en employant jamais d'autres, je connais bien des individus sujets à la pléthore, tandis que sous l'influence du même régime, les individus sont pour ainsi dire à l'abri des phlegmasies aiguës, ce qui

équivaut à dire que l'élément inflammatoire de leur sang n'est généralement pas en excès. L'action des alcalis sur le sang étant d'en diminuer la fibrine, il est facile de se raisonner l'influence des boissons alcalines dans le cas que nous avons admis. L'usage des bains généraux, simples ou émollients, favorisera l'action des moyens précédents. C'est par leur influence que l'on doit espérer une diminution de la fibrine, et le rétablissement des proportions normales qui doivent exister entre les éléments du sang de la femme en état de gestation, pour que les qualités de ce liquide ne la dispose à aucune affection.

Si, au contraire, l'analyse du sang révèle un abaissement du chiffre de la fibrine tel qu'il soit en dessous de sa limite physiologique ou qu'il se rapproche de ce minimum, dans ce cas et sans qu'il y ait de signes généraux de pléthore, le chiffre des globules proportionnellement à la fibrine sera en excès, et, sous le rapport des hémorragies, le sang va se retrouver avoir les mêmes dispositions que celles signalées plus haut pour la pléthore. Mais pour combattre cette altération du sang, aurons-nous encore recours à la saignée? Non, sans doute : ce n'est que relativement à la fibrine que le chiffre des globules est en excès; comme ce n'est pas d'une manière relative, mais bien absolue que le chiffre de la fibrine est en baisse. Cette différence dans l'altération du sang en commande une dans l'emploi des moyens à lui opposer. Ici encore c'est aux faits, c'est à l'expérience que nous nous adresserons pour obtenir des ressources à opposer à cet état pathologique. Or, c'est encore plutôt l'hygiène, que la matière médicale, qui nous les fournira : ainsi, un exercice modéré au grand air, accompagné de distractions agréables; des repas réglés et réguliers, des aliments réparateurs, l'usage de boissons fermentées, surtout du vin. Nous préconisons dans ce cas l'usage modéré des boissons alcooliques, pour avoir vu, dans plusieurs cas, l'excès souvent répété de ces boissons déterminer dans le sang une altération telle qu'il en résultait une espèce d'anémie avec disposition à l'inflammation aiguë et à l'hémorragie active : c'est dans ces circonstances que nous avons vu le caillot de la saignée n'être formé, pour ainsi dire, que par de la fibrine, les globules étant beaucoup au-dessous de leur minimum physiologique. D'après ces faits,

que nous avons plusieurs fois rencontrés, nous croyons être en droit de conclure que l'un des effets, peut-être le plus important, de l'abus des alcooliques, est une altération du sang dans laquelle le chiffre des globules s'abaisse, et celui de la fibrine s'élève. Ce qui donne du poids à cette opinion, c'est non-seulement l'analyse du sang, mais encore les hémorragies actives et les phlegmasies aiguës auxquelles ces individus sont exposés; c'est encore, lorsqu'ils ont le bonheur d'échapper à l'une ou l'autre de ces affections par l'usage plus ou moins longtemps continué d'aliments doux, de boissons délayantes, leur retour à une santé meilleure que celle qui précédait leur maladie; alors en effet, leur sang s'est refait, les proportions normales peuvent avoir reparu dans le chiffre de ses éléments. Or, si tel est l'effet des alcooliques pris en excès, l'on conçoit que si, dans les trois derniers mois de la grossesse, il se manifeste une altération du sang consistant en une diminution du chiffre de sa fibrine, l'usage modéré du vin pourra puissamment contribuer à rendre à la fibrine son chiffre normal, et à enlever au sang sa disposition hémorragique.

Malgré la prophylaxie que nous venons de signaler, il se peut que, soit parce que le traitement n'a pas atteint le but, soit à cause d'une disposition opiniâtre de l'économie, l'hémorragie se manifeste encore. C'est pourquoi on devra toujours, dans les derniers temps du travail, employer les moyens propres à éviter cet accident. Les principaux consistent à réveiller la contractilité des tissus en stimulant l'action de l'utérus par des pressions et des frictions faites à l'extérieur, par l'application sur le ventre de compresses trempées dans un liquide froid et vinaigré; mais surtout, comme le conseille Guillemot, en donnant, vingt ou trente minutes avant l'expulsion du fœtus, trente à quarante grains d'ergot de seigle pulvérisé en trois doses. Nous avons cité des faits où cette méthode prophylactique a bien certainement préservé la femme de ménorragie puerpérale plus ou moins foudroyante, qui s'était manifestée après chacun de ses accouchements antécédents. Ce remède, cependant, ne sera pas administré dans toutes les circonstances, il en est qui le contre-indiquent, il faut savoir les distinguer; ainsi s'il existe une cause de dystocie, tant que cette cause ne sera pas levée, il ne faudra pas y avoir recours, sinon l'on serait exposé à voir la

matrice s'épuiser en vains efforts, et, après la sortie du fœtus, rester dans l'inertie; il en sera de même si l'on craint un accouchement trop prompt, si déjà il existe des apparences de spasme du côté du col utérin, s'il existe des signes de métrite, etc.

Le docteur Robert Lee (1) conseille la pratique suivante : chez les femmes dont les antécédents font craindre une hémorragie abondante après la délivrance, il conseille de rompre les membranes dès le début du travail, sans attendre la dilatation de l'orifice, ou même les fortes douleurs; puis il applique un bandage autour du ventre, et il le serre graduellement à mesure que le travail fait des progrès. Il abandonne ensuite le travail à la nature, en évitant d'employer toute espèce de stimulant, et en ayant soin de tenir l'appartement frais : j'ai, dit-il, plusieurs fois suivi cette pratique avec succès.

« Il est, dit Cazeaux (2), d'autres soins prophylactiques, et dont l'application est encore très-utile quand on craint l'inertie de l'utérus. Ainsi, s'opposer autant que possible à la trop prompte terminaison d'un travail trop rapide, surtout chez une femme molle et lymphatique; accélérer, au contraire, un travail long et pénible; aider ou suppléer la nature impuissante, avant que la femme soit complétement épuisée, et la matrice tombée dans le collapsus, tels sont les meilleurs moyens de détruire l'action des causes déterminantes. »

M. Clarke conseille avec raison de placer la main, pendant l'expulsion de l'enfant, sur le fond de l'utérus, de manière à lui procurer un point d'appui pendant et après la contraction. Burns ajoute qu'un bon moyen de maintenir et de stimuler l'action de l'utérus, c'est d'exercer une douce pression sur le ventre après la délivrance.

Mais, dit madame Lachapelle, si, malgré vos soins, malgré le repos le plus absolu, malgré la défense expresse faite à la femme de seconder l'effort des douleurs par des efforts volontaires, vous voyez l'accouchement s'accélérer avec une fâcheuse célérité, il vous reste encore une ressource: c'est de laisser le placenta dans la matrice jusqu'à ce que de nouvelles douleurs

(1) *London medical Gazette*, 1839, page 715. — (2) Page 612.

se réveillent. Le placenta n'est pas ordinairement décollé, et il s'oppose à la perte tant que dure la stupeur de l'utérus, après cette trop prompte évacuation.

Dans le cas contraire, dit-elle (1), c'est-à-dire quand le travail a été trop long, le placenta est ordinairement détaché, ou au moins en grande partie ; il ne peut donc plus s'opposer à l'épanchement du sang ; sa présence ne peut qu'entretenir la langueur de l'utérus, et le fatiguer en l'irritant sans fruit : il faut donc procéder au plus tôt à la délivrance, débarrasser complétement la matrice, et profiter du peu d'énergie qui lui reste pour en procurer le resserrement.

« Dois-je parler ici, dit Cazeaux (2), d'un moyen préventif conseillé par Rigby, et qu'il dit avoir employé avec succès ? Dans les cas où il croyait avoir à redouter une hémorragie par inertie après l'accouchement, il faisait approcher l'enfant du sein de la mère aussitôt qu'elle avait été changée et recouchée, et il assure que, dans plusieurs cas graves où tous les autres moyens avaient échoué, il a obtenu, aussitôt que l'enfant eut saisi le sein, une contraction forte et permanente de l'utérus : dans un seul cas, l'effet habituel n'eut pas lieu. M. Rigby pense que c'est parce qu'on avait présenté à la femme un autre enfant que le sien. »

Médication de nécessité.

Lorsqu'après la délivrance vient à se déclarer une métrorragie, surtout quand celle-ci est foudroyante, lorsque généralement l'écoulement du sang ne s'arrête que quand la circulation elle-même vient à cesser, lorsqu'une syncope effrayante vient à se déclarer, lorsqu'enfin la vie de la femme est sur le point de s'éteindre, dans ce cas l'homme de l'art, témoin d'accidents aussi rapidement dangereux, souvent même mortels, n'est dominé que par un sentiment, une seule idée le préoccupe, il abandonne toute espèce de méditation, de raisonnement, de considération, pour aller droit et vite au but, pour conjurer la foudre qui éclate, pour arrêter le débordement sanguin qui épuise l'économie. Il y aurait quelque rapport à établir entre

(1) *Pratiq. des accouch.*, tome II. — (2) Page 612.

sa position et celle du médecin, même d'une personne étrangère à l'art de guérir, qui, témoin d'une lésion traumatique qui intéresserait une des artères superficielles de l'économie, porterait aussitôt le doigt sur son ouverture pour empêcher l'écoulement du sang qui sort à flots et par ondées rapprochées. Sans considérer quel est le vaisseau ouvert, quel est le danger de la lésion, quels sont les moyens à employer pour la combattre, etc., il va droit au but, il s'efforce d'abréger l'existence d'un symptôme, dont une durée un peu plus prolongée mettrait promptement la vie en péril, et occasionnerait souvent une syncope mortelle. Ce n'est qu'après avoir arrêté l'hémorragie foudroyante qu'il est permis de considérer, de méditer, et de raisonner sur les moyens capables de combattre un mal, dont l'écoulement sanguin n'est que le symptôme : alors la prolongation de la vie lui donne le temps d'établir une médication rationnelle qu'il sait mettre en usage, tout en surveillant et prêt à combattre le retour possible de ce signe qui tue en si peu de temps. Il se passe donc quelque chose d'analogue dans la métrorragie puerpérale qui suit la délivrance; ici, comme dans la circonstance précédente, il s'agit d'abord d'employer la médication pressante, de nécessité, celle qui peut prolonger l'existence de la femme en arrêtant la perte foudroyante qu'elle éprouve, et permet ensuite de recourir à la médication rationnelle, curative. Car la métrorragie des nouvelles accouchées exige des moyens sûrs et immédiats, quelques secondes de plus ou de moins pouvant décider de la vie ou de la mort de la femme. Or, dans la métrorragie puerpérale, cette médication se compose de plusieurs moyens, que nous allons décrire d'après l'ordre de leur importance.

1° Compression de l'aorte abdominale.

Dans les métrorragies puerpérales foudroyantes qui suivent la délivrance, nous mettons en première ligne, comme moyen d'arrêter l'écoulement sanguin, la compression de l'aorte ventrale, compression qui, dans certains cas, peut aussi être curative. Ce moyen, signalé depuis longtemps par Alsanus, employé avec succès par Dupuytren, Eichelberg, Von Siebolt, Blount, Lovenhart, Brossart, Latour, Martins, dont Boër, madame Lachapelle, Capuron, Dugès, J. Hatin, Velpeau parlent avec avantage, fut

employé par A. Baudelocque et Trehan, en 1826 et 1828. Malgré ces autorités imposantes, ce moyen héroïque n'était encore employé qu'avec restriction, sans règle ni méthode, quand, en 1844, M. le professeur Seutin adressa à l'Académie de médecine de Belgique un mémoire sur la compression temporaire de l'aorte ventrale, dans les cas de métrorragie grave, suites des couches. Ce que nous allons en dire sera, en grande partie, extrait de ce mémoire, dont la publication a puissamment contribué à propager et à employer méthodiquement ce moyen si utile, si promptement efficace, que l'on n'avait l'habitude de n'employer auparavant que comme ressource extrême.

Mode d'emploi.

Saxtorph avait proposé de comprimer l'aorte à travers les parois de l'abdomen et de l'utérus. D'autres accoucheurs la compriment à travers la paroi postérieure de cet organe; le docteur Guillon a publié un fait où cette méthode, dont nous parlerons plus loin, fut employée avec succès. P. Dubois approuve la combinaison vantée par Baudelocque, de la compression de l'aorte ventrale avec l'ingestion du seigle ergoté.

« Le point essentiel, dit Seutin, est de faire bien méthodiquement cette compression; et, pour y parvenir, il faut en posséder les règles et se rappeler les considérations anatomiques suivantes : l'aorte abdominale située d'abord un peu à gauche du corps des vertèbres en passant par le diaphragme, se reporte vers la ligne médiane, à mesure qu'elle descend vers la sallie sacro-vertébrale; elle est enveloppée par une gaîne fibro-celluleuse, entourée de vaisseaux et de ganglions lymphatiques, et cotoyée à droite par la veine cave. On sait que l'ombilic, également distant du pubis et du sternum, est le point des parois abdominales le plus facile à rapprocher des vertèbres lombaires, et que ces parois sont beaucoup plus lâches, plus souples et plus dépressibles après l'accouchement, de manière que la main plonge alors facilement derrière l'utérus.

« La femme, dit le même auteur, est couchée sur un plan horizontal, la tête et les épaules légèrement soulevées par un oreiller, les cuisses écartées et fléchies sur le bassin, les jambes sur les cuisses. Le chi-

rurgien, placé à droite de l'accouchée, se sert de la main gauche pour la compression. La droite, restée libre, est destinée à aider à l'action compressive ou à exercer les manœuvres obstétricales que l'hémorragie peut réclamer, telles que titillation de matrice, extraction du placenta, de caillots, etc.

« Légèrement fléchis, les trois doigts médians de la main gauche présentent leur pulpe de champ sur la même ligne. Par des ondulations douces et successives, propres à refouler les intestins, ils plongent derrière et à gauche du globe utérin, près de l'ombilic, en déprimant profondément les parois abdominales relâchées.

« Dès lors les pulsations aortiques sont reconnues; le plan digital est opposé au cylindre du vaisseau, dans le sens longitudinal, mais avec une obliquité telle, de haut en bas et de dedans en dehors, que les trois doigts n'en obturent complétement la lumière que par leur opposition simultanée. L'axe de l'artère est ainsi fixé sur le plan latéral gauche du corps des vertèbres. On évite la compression de la veine cave, en ne portant pas trop à droite le plan digital.

« La main droite, si elle est libre, et mieux celle d'un aide placé vis-à-vis de l'accoucheur, ajoute à l'effort compressif, en appuyant contre le plan digital la face dorsale des secondes phalanges des trois doigts médians, repliés dans la paume de la main. Ainsi le bras du chirurgien ne se fatigue guère, et la compression est bien maintenue.

« Entretemps, le pouce de la main gauche et celui de l'aide peuvent servir à exciter le globe utérin et à le comprimer, s'il ne revient pas sur lui-même.

« L'artère reste sous cette double action compressive pendant quelques secondes, ou même quelques minutes; quarante à cinquante secondes suffisent ordinairement pour modérer le flux sanguin, souvent même pour l'arrêter. On insiste plus longtemps lorsque le danger est pressant, lorsqu'une grande quantité de sang s'est échappée, ou que la femme est jetée dans la défaillance, l'anémie, etc.

« Bientôt la main de l'aide s'allége; le doigt supérieur du plan comprimant est soulevé, de façon à ne livrer passage qu'à une petite rigole san-

guine ; puis les deux autres doigts se relâchent successivement, ou ils s'appliquent tous plus méthodiquement au vaisseau, selon que l'hémorragie diminue ou reparaît. On ne fait trêve avec ces alternatives, plus ou moins répétées, que lorsque tout danger a disparu, ou que les autres moyens employés (qui pour nous ne sont qu'accessoires) commencent à manifester leur influence. Ces échanges de compression et de relâchement sont continués d'ordinaire pendant dix à vingt minutes.

« Pour bien s'assurer si l'hémorragie est suspendue, on place sous le siége de la femme un linge sec que l'on replie au-devant des parties génitales. »

P.-L. Trehan (1) passe très-rapidement en revue les divers moyens proposés et employés pour suspendre l'hémorragie qui suit la délivrance : aucun d'eux suivant lui, n'est d'une efficacité constante, et l'on a surtout lieu de déplorer leur insuffisance dans les cas où l'hémorragie résulte d'une inertie de la matrice dont les excitants de toute espèce ne peuvent réveiller la force contractile. La compression momentanée de l'aorte réunit, selon lui, à la facilité de l'exécution, le succès le plus certain. Il fait placer la femme comme M. Seutin, mais au lieu de se placer à droite de la nouvelle accouchée, il se place à gauche, et au lieu de comprimer avec la main gauche il comprime avec la main droite. Nous préférons la méthode du professeur de Bruxelles 1° à cause de la topographie aortique dans la partie de l'abdomen où le vaisseau est comprimé ; 2° à cause de l'agilité et de la dextérité plus grande de la main droite, qui peut être appelée à exécuter diverses manipulations. Trehan conseille de comprimer l'artère six à sept minutes : elles seront suffisantes, dit-il, pour arrêter la perte sans retour, en donnant à l'utérus le temps de revenir sur lui-même. L'effusion étant suspendue, dit-il, si le placenta est encore contenu dans la cavité utérine, on s'empressera de l'extraire, non qu'il empêche les effets de la compression, mais parce qu'en tenant l'utérus dilaté, il tend à provoquer le retour de la perte. Dans l'hémorragie

(1) *Nouveau traité des hémorragies utérines qui suivent l'accouchement, par la compression de l'aorte rentrale ;* mémoire lu à l'Académie royale des sciences, le 3 novembre 1828, Paris, 1829. in-8°.

interne, dit le même auteur, le grand développement de la matrice nécessitera l'introduction de la main, afin d'enlever les caillots qu'elle renferme, et rendre ainsi la compression praticable.

« On a toujours conseillé jusqu'ici, dit Guillon (1), d'exercer cette compression à travers les parois de l'abdomen. Mais il est facile de comprendre quelles difficultés, quelles douleurs et même quels dangers doit occasionner cette manière d'agir chez les femmes très-replètes, et combien cette compression doit être infidèle aussi lorsque l'utérus très-développé renferme quelques produits normaux ou pathologiques, ou qu'il se trouve, comme dans les hémorragies internes, à la suite de l'accouchement, distendu par beaucoup de sang.

« La main, dit-il, introduite dans la matrice, vide l'organe du sang qu'il renferme, sollicite ses contractions, comprime l'aorte et satisfait ainsi à toutes les indications à la fois. »

Dans le cas de métrorragie foudroyante après la délivrance, voici comment s'exprime cet auteur : « En introduisant pour la deuxième fois la main, pour vider les caillots contenus dans la matrice et solliciter ses contractions, il me vint heureusement à l'idée de m'en servir en même temps pour agir sur l'aorte à travers les parois de l'organe et la comprimer sur le corps des vertèbres lombaires. L'hémorragie cessa aussitôt, et au bout d'un quart d'heure, pendant lequel je continuai toujours à exercer la compression et à tenter de ramener les forces, la femme commença enfin à revenir à elle.

« Il me fut facile, dit-il, de juger pendant ce temps, combien ce mode de compression dans tous les cas semblables, doit être facile et sûr. Les doigts pouvaient parfaitement embrasser le corps des vertèbres, se placer en travers et presser à volonté le calibre du vaisseau au-dessus de sa bifurcation, ou seulement une de ses divisions.

« La compression à travers les parois abdominales peut, à la vérité, chez les femmes maigres, trouver son application; mais alors encore cette compression douloureuse pourrait, à la rigueur, être remplacée avec

(1) *Ann. de gyn. et de pédiat.*, tome IV, page 137, extrait de la *Gazette médicale de Paris*.

autant d'avantages par celle qu'on exercerait sur la bifurcation de l'aorte avec les doigts introduits profondément jusqu'au fond du vagin, ou dans la cavité utérine par le col encore béant. »

Avantages et inconvénients de la compression.

« Dans la métrorragie puerpérale, qui suit la délivrance, dit Seutin (1), il importe plus que jamais d'appliquer à propos le remède le plus sûr, le plus prompt et le plus facile, pour suspendre immédiatement le cours du sang. Et quel moyen remplira plus efficacement cette indication pressante que la compression de l'aorte ventrale! couchée, en effet, le long d'un plan osseux fixe, derrière des parois qu'une longue distension a amincies et rendues souples, cette artère est comme tant d'autres accessible à la main, et dès lors compressible. » M. Seutin eut occasion, plusieurs fois de l'employer, et toujours avec des avantages immédiats.

« Dans quelques cas, (dit l'auteur de la note, sur la compression de l'aorte ventrale, insérée dans l'ouvrage de Cazeaux), comme chez les femmes ayant une grande obésité, une collection aqueuse, des tumeurs dans le ventre, etc., la compression de l'aorte peut être difficile, même impossible; mais ce sont là des exceptions rares. » Oui, elles doivent même être révoquées en doute aussi longtemps que des faits authentiques ne seront venus sanctionner ces suppositions. En effet, si un épanchement aqueux, une tumeur dans le ventre, ont permis à la grossesse de se développer, c'est que ces épanchements, ces tumeurs, étaient peu considérables; en tous cas, leur présence ne peut qu'avoir ajouté au volume de la grossesse, à la distension des parois abdominales, et, par là, favorisé leur laxité après le travail, et leur rapprochement possible de l'aorte ventrale: il n'y aurait guère que dans les cas d'avortement à une époque peu éloignée de la conception, que ces obstacles à la compression pourraient être réels. J'en dirai autant de l'obésité. J'ai eu l'occasion de palper, immédiatement après l'accouchement, l'abdomen d'une femme qui avait beaucoup d'embonpoint, il me fut facile de percevoir distinctement les battements de l'aorte

(1) Page 615.

ventrale. Et pourquoi n'en serait-il pas ainsi? Le vide, qui se forme dans l'abdomen immédiatement après le travail, permet au sang d'affluer dans les artères de cette partie du corps en plus grande abondance, avec plus d'impétuosité, de là une augmentation plus ou moins considérable dans les battements de ces vaisseaux, surtout dans ceux de l'aorte.

« La compression de l'aorte ventrale, dit Seutin, modère ou arrête instantanément la métrorragie, et cela en empêchant mécaniquement le sang d'affluer vers l'utérus, tout en laissant à l'accoucheur la faculté d'éloigner la cause de l'hémorragie et le temps d'attendre que les moyens ordinaires aient produit leur effet. Dans bien des cas même, elle exempte de l'emploi de ceux-ci, et constitue une ressource précieuse quand ils viennent à manquer. »

On pourrait, peut-être, reprocher à la compression de l'aorte ventrale 1° les douleurs qu'elle détermine; 2° la rétention du sang artériel vers les parties supérieures du corps; 3° la compression de la veine cave en même temps, et, par suite, la stase du sang veineux dans les parties situées en dessous de l'endroit comprimé. Au premier inconvénient nous opposerons que, sans doute, une compression abdominale, assez forte pour atteindre l'aorte ventrale, sera douloureuse, quelquefois même insupportable, si elle est faite brusquement et trop rapidement; mais si elle est faite graduellement, mollement, lentement, vous pourrez arriver à la compression du vaisseau sans, pour ainsi dire, que la femme s'en aperçoive. Que de fois, même dans certains cas où il existait des organes abdominaux phlogosés, j'ai pu, en palpant l'abdomen comme je viens d'indiquer, arriver à toucher toutes les parties situées le long et sur les côtés de la colonne vertébrale, tandis que d'autres confrères, qui exerçaient une pression trop brusque, ne pouvaient arriver qu'à un palper très-incomplet. Au deuxième inconvénient nous objecterons : *a.* que quand il est jugé convenable de recourir à la compression aortique, déjà le système sanguin artériel a perdu une quantité plus ou moins considérable de sang, qui rend moins dangereuse la rétention de celui qui demeure dans les parties situées au-dessus de la compression; *b.* que cette compression, n'étant que de peu de durée, ne pourrait avoir que des effets hypérémiques passagers; *c.* qu'en suivant la

méthode de Seutin, on pourrait, en cas de besoin, permettre le passage à une colonne légère de sang, capable seulement de faire disparaître les effets de l'hypérémie ; *d.* il n'y aurait que dans le cas d'anévrysme d'une des parties de l'aorte située au-dessus de la compression, d'un amincissement de l'oreillette ou du ventricule gauche du cœur, d'une disposition aux congestions, aux hémorragies pulmonaires et cérébrales, que l'on devrait apporter quelque réserve dans l'emploi de ce moyen ; encore pourrait-il convenir alors si la quantité de sang perdue a été considérable et si les autres moyens propres à arrêter l'hémorragie ont échoué. Au troisième inconvénient nous objecterons qu'en suivant les préceptes de Seutin on peut l'éviter, et que c'est là, selon nous, un des grands avantages de sa méthode ; car en comprimant comme le veuillent Trehan et beaucoup d'autres auteurs, on ne peut manquer de comprimer, en même temps que l'aorte, la veine cave inférieure ; or, une telle compression enlève par son côté vicieux une partie des avantages dus à son action sur l'artère, c'est-à-dire qu'elle détermine la stase du sang veineux dans les parties situées en dessous de la compression, et, par conséquent, dans l'organe utérin, d'où ce sang continuera de sourdre sous forme hémorragique.

« Immédiatement après la compression, dit Trehan, l'hémorragie cesse brusquement, elle est arrêtée comme par enchantement ; en même temps la matrice, qui était molle, dilatée, revient peu à peu sur elle-même, et forme bientôt un globe solide au-dessus du pubis, indice certain de la cessation de son inertie. »

La compression aortique par la main introduite dans l'utérus, compression que Boër avait proposée, qu'Eichelberg a employée avec succès, a surtout été vantée par Guillon. Cet auteur en explique ainsi les avantages, qu'il nous semble avoir beaucoup exagérés, tout en passant ses inconvénients sous silence : « Toutes les fois qu'elle peut être pratiquée, il est évident qu'elle est tout à la fois plus prompte, plus facile, moins douloureuse, et infiniment plus certaine que la compression exercée à travers les parois de l'abdomen.

« C'est surtout dans les pertes qui se manifestent à la suite d'un avortement survenu dans les derniers mois de la grossesse, ou qui se déclarent

après un accouchement à terme, que la compression exercée directement sur l'aorte avec la main introduite dans la matrice présente, sur la compression ordinaire à travers les parois de l'abdomen, des avantages incontestables. Ici, l'orifice de la matrice est largement ouvert, et ne présente aucun obstacle à l'introduction de la main.

« Il peut se présenter plusieurs cas. La délivrance est terminée ou ne s'est pas faite encore. L'hémorragie est interne ou externe.

« Si la perte se déclare avant que la délivrance soit tout à fait achevée, que l'accouchement soit à terme ou non, l'indication la plus pressante est d'introduire la main pour l'opérer. D'ordinaire l'hémorragie cesse aussitôt l'extraction du délivre. Si elle continue, il est facile, pendant que la main est encore dans les parties, de sentir à travers la paroi postérieure de la matrice, les pulsations de l'aorte, et de la comprimer sur le corps des vertèbres lombaires.

« Lorsque la perte survient à la suite de l'accouchement à terme et après la délivrance, elle est alors presque toujours due à l'inertie de la matrice. Qu'elle soit interne ou externe, le moyen excitateur par excellence des contractions utérines est l'introduction de la main. Elle est indispensable pour vider l'organe des caillots qu'il renferme, et il est facile en même temps de trouver encore à travers l'épaisseur de ses parois l'aorte abdominale étalée en avant de la colonne vertébrale et de la comprimer jusqu'à ce qu'on sente la matrice revenir sur elle-même, et la circulation reprendre son cours.

« En admettant même que, dans ce cas, la compression à travers les parois abdominales puisse réussir aussi bien à réprimer l'hémorragie, elle ne peut jamais fournir des renseignements aussi précis sur les réactions de l'organe et sur le retour de la circulation générale, et sur le moment, par conséquent, où l'on peut sans crainte discontinuer d'agir.

« Notons aussi que lorsque l'utérus est rempli de sang, il offre un volume considérable, remonte très-haut, et fait obstacle à la main qui ne peut alors, de même que dans la grossesse et dans le cas d'extrême embonpoint des malades, atteindre le vaisseau pour la comprimer.

« En dernier lieu, la compression exercée sur l'aorte à travers les parois

de l'abdomen dans le cas d'inertie, peut bien, tout le temps qu'elle dure, arrêter l'épanchement sanguin ; mais il est évident que celui-ci peut recommencer de nouveau dès qu'on suspend cette action, si les réactions ne sont en même temps réveillées par d'autres moyens.

« La main introduite dans la matrice vide l'organe du sang qu'il renferme, sollicite ses contractions, comprime l'aorte et satisfait ainsi à toutes les indications à la fois. »

Il serait difficile de faire mieux ressortir les avantages d'une méthode de traitement; seulement il serait à désirer que les inconvénients fussent mis en regard des avantages ; c'est à ce défaut que nous allons chercher de suppléer. Nous croyons que, dans certains cas, cette compression offre des avantages réels; mais dans une foule d'autres, elle offre des inconvénients qui la placent en dessous de la compression aortique par les parois abdominales. Voici ces inconvénients :

1° Pour comprimer l'aorte avec la main introduite dans l'utérus, il faut que le médecin prenne une position difficile à tenir longtemps; que la main qui comprime, soit en extension forcée, état pénible et fatigant, qu'il est difficile de tenir le temps voulu. Ajoutez à cela que l'opérateur ne peut se faire aider ni se faire remplacer.

2° Lorsqu'une partie seulement de l'utérus est en état d'inertie et que le reste est en contraction, surtout si, comme il arrive quelquefois, cette contraction est spasmodique, dès lors il ne sera guère possible à la main, introduite dans la cavité utérine, de pouvoir atteindre l'aorte, ou du moins de pouvoir l'atteindre d'une manière assez parfaite pour la comprimer complétement.

3° Dans bon nombre de cas, la contraction spasmodique du col ne permettra pas l'introduction de la main, et rendra donc impossible ce genre de compression.

4° Lorsqu'il y aura des adhérences de l'utérus, soit qu'elles retiennent cet organe incliné latéralement, soit qu'elles le retiennent incliné en avant ou en arrière.

5° Lorsque l'inertie sera incomplète, le retrait de l'utérus commencé, dès lors la compression aortique par la cavité utérine sera, si

pas impossible, au moins tellement imparfaite, que ses effets seront nuls.

6° Lorsque la proéminence sacro-vertébrale sera un peu forte, que le diamètre du détroit supérieur inclinera fortement en avant, l'angle qu'il formera dans l'excavation pelvienne avec la rencontre de l'axe du détroit inférieur, sera si aigu qu'il sera difficile à la main d'en suivre les côtés, ou du moins d'avoir assez de force, en les suivant, pour pouvoir comprimer efficacement l'aorte, en supposant qu'elle puisse atteindre ce vaisseau.

7° Lorsque cette compression sera possible et efficace, si, pendant qu'on l'exercera, la matrice se contracte, on pourra se voir obligé de cesser trop tôt la compression, pour ne pas empêcher le retrait de l'organe et pour éviter l'engourdissement de la main introduite.

8° La compression, pour obstruer le canal aortique, doit être assez forte; or cette compression, qui s'exerce primitivement sur la paroi utérine, peut bien n'être pas innocente pour celle-ci, dont la consistance est si singulièrement affaiblie.

9° La division de l'aorte ventrale en iliaque se fait quelquefois à une hauteur telle de la région lombaire que l'on ne pourrait atteindre avec la main introduite dans l'utérus que l'une ou l'autre de ses divisions, et n'obtenir de ce moyen héroïque qu'un demi-effet.

10° Lorsque la métrorragie puerpérale dépendra de toute autre cause que de l'inertie de l'utérus, ce genre de compression aortique sera impossible.

11° « Lorsque, dit Guillon lui-même, la matrice n'est pas encore très-développée et que le col n'a pas subi une grande dilatation, le mode de compression que nous proposons est à proprement parler impossible; mais alors aussi la cavité de l'utérus, ne pouvant contenir une quantité de sang suffisante pour compromettre la vie, le tamponnement devient dans ce cas, le moyen auquel on a recours avec plus d'assurance, si déjà la saignée, les révulsifs, les astringents, la position horizontale et le seigle ergoté, n'ont pas réussi à arrêter l'hémorragie. Ici la compression à travers les parois abdominales peut, à la vérité, chez les femmes maigres, trouver son application. »

La Commission qui a examiné, à l'Académie royale de médecine, le Mémoire de M. Seutin sur la compression de l'aorte ventrale, n'a pas partagé complétement les vues de l'auteur. Elle n'a été considérée que comme un moyen secondaire, les manœuvres qui produisent la contraction de la matrice devant avoir la préférence. Sous ce rapport nous partageons l'avis de M. Seutin. « Si, dit M. le rapporteur de cette Commission, vous vous bornez à empêcher le sang d'arriver dans l'utérus, vous n'aurez rien obtenu, car dès que vous leverez cette compression, le sang recommencera à couler. » Les faits ne me paraissent pas favorables à cette sentence de M. le rapporteur; car l'inertie de la matrice, qui succède quelquefois à l'expulsion du fœtus n'est pas, en général, de longue durée. Ses fibres ne tardent pas à se contracter, soit qu'on favorise ces contractions par les moyens qui sont en notre pouvoir, soit même qu'on abandonne la malade à elle-même lorsque l'hémorragie n'est pas trop considérable. Il est donc évident que le point le plus important est d'obtenir immmédiatement la cessation de l'écoulement sanguin. La matrice se contractera ensuite d'elle-même, on en obtiendra la contraction par les moyens généralement usités.

La Commission qui était composée de trois membres, a admis à la majorité que la compression de l'aorte, après l'accouchement, est possible chez les femmes maigres, chétives; qu'elle devient difficile chez les femmes qui ont un peu d'embonpoint et qui sont douées d'une fibre ferme et consistante; qu'elle est impossible chez toutes celles qui ont de l'obésité, ou chez lesquelles il existe des engorgements ou des collections dans l'abdomen. M. Craninx, un des membres de la Commission, a été beaucoup plus favorable à l'emploi de la compression qu'il a considérée, ainsi que l'auteur du mémoire, comme le premier moyen à employer. Il faut suivant lui, faire une règle de cette compression employée aussitôt que l'hémorragie survient. Elle n'est point, dit-il, d'une exécution difficile, et quand on ne réussit pas à supprimer complétement l'écoulement du sang, on le modère du moins assez pour que les jours de la femme ne soient point en danger.

Après une longue discussion sur les avantages et les inconvénients de cette pratique, l'Académie a adopté la proposition suivante :

« Dans toutes les hémorragies utérines de quelque gravité, il faut faire immédiatement la compression méthodique de l'aorte, comme le propose M. Seutin, sans négliger toutefois les autres moyens hémostatiques, dont l'expérience a constaté l'efficacité dans ces hémorragies.

Examinerons-nous l'avantage de la compression aortique pour arrêter l'écoulement du sang dans la métrorragie puerpérale, sur les autres moyens hémostatiques? Non sans doute : l'étude que nous allons faire de ceux-ci, en faisant ressortir les avantages de cette compression, rendrait superflu cet examen. « En prenant, dit M. Seutin, toutes les précautions, on prévient l'hypérémie mécanique des viscères situés au-dessus du point comprimé. On a d'ailleurs soustrait la mère à un danger pressant, et donné aux moyens propres à prévenir le retour de l'hémorragie le temps de produire leur effet; et, quoique rien ne s'oppose à leur administration, dans bien des cas on pourra s'en exempter, et préserver la femme du danger des lotions, des injections, des fomentations froides, des styptiques, etc. Jamais, aussi, l'accoucheur ne sera pris complétement au dépourvu. »

Mode d'action de la compression aortique.

Déjà nous avons vu que le premier effet de cette médication héroïque était un obstacle à l'arrivée du sang artériel dans les vaisseaux de l'utérus, et, par conséquent, d'arrêter immédiatement l'hémorragie utérine.

« La compression aortique, suivant M. Latour (1), aurait le double avantage de s'opposer à la métrorragie, et de conserver le sang dans les parties supérieures, de manière à exciter le cerveau convenablement pour entretenir la vie. »

M. le docteur Vial, de Saint-Étienne, la considère, longtemps continuée, comme indispensable pour prévenir le retour d'une syncope mortelle, après les pertes abondantes.

« La compression de l'aorte abdominale, dit M. Seutin, n'est donc pas ici seulement un moyen d'expectation, de temporisation, ni simplement une

(1) *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, vol. I, page 251.

ressource extrême, mais dans bien des cas elle constitue un puissant moyen curatif que nous devrions peut-être placer au premier rang. N'est-ce pas, en effet, par inertie utérine que s'établissent les hémorragies les plus dangereuses? Et quoique dépendant le plus souvent d'un défaut d'influx nerveux, l'inertie n'est-elle pas fréquemment l'effet d'un brusque et abondant afflux sanguin dans le tissu de l'organe, l'effet, en un mot, d'une espèce d'asphyxie vasculaire locale? Eh bien! en diminuant, en suspendant par la compression, l'abord du sang vers la matrice, on laisse à celle-ci le temps de se dégorger, de sortir de l'état de congestion, de torpeur, d'engourdissement dans lequel l'a jetée la secousse sanguine, et par conséquent de sortir d'inertie. Remarquons-le, enfin, en détruisant la cause nous enlevons l'effet, c'est-à-dire qu'en remédiant à l'inertie de l'utérus, nous arrêtons l'hémorragie qu'elle entraîne. »

2° Compression des parois utérines.

Dans un cas désespéré, M. Deneux eut l'heureuse idée d'appliquer l'une contre l'autre les parois de la matrice à l'aide d'une serviette placée en plusieurs doubles, appliquée sur l'hypogastre, et maintenue par un bandage de corps serré. Ce moyen suspendit complétement l'écoulement du sang. Ce moyen, dont Baudelocque fait honneur à M. Deneux, avait été conseillé depuis longtemps, surtout par les accoucheurs anglais. C'est à tort, dit Cazeaux (1), que quelques praticiens ont blâmé ce procédé ; il peut certainement être utile dans un cas désespéré. En disant que, d'après la disposition du plan postérieur du tronc, le contact des parois de l'utérus ne peut avoir lieu que sur le point qui correspond à l'angle sacro-vertébral, madame Boivin a évidemment confondu le squelette décharné avec le squelette pourvu de parties molles.

Ce moyen d'une exécution difficile, d'un emploi douloureux et généralement d'une application difficile, imparfaite, sera loin de réussir dans tous les cas. La compression de l'aorte abdominale beaucoup plus facile, plus simple, moins douloureuse, plus sûre, lui sera toujours préférée.

(1) Page 614.

3° Les manipulations.

« De tous les moyens, dit Cazeaux (1), conseillés contre l'hémorragie produite par l'inertie de l'utérus, le plus sûr et le plus facile est une irritation directe portée à la fois sur le col et le corps de l'utérus. La main, placée sur la paroi abdominale inférieure, frictionnera, pressera, serrera vivement la paroi utérine; d'un autre côté, deux doigts, introduits dans le col, agaceront, titilleront le col de l'utérus. Si ces moyens ne suffisent pas, on porte la main toute entière dans la cavité de l'organe. On stimule, on agace avec les doigts sa surface interne, tandis qu'avec l'autre main, appliquée sur l'hypogastre, on continue les frictions. On est quelquefois obligé de comprimer, de masser, de pétrir, pour ainsi dire, les parois de l'organe, en appuyant fortement à travers les parois abdominales, pendant que l'autre main qui se trouve à l'intérieur, sert de point d'appui. Ce moyen est préférable à tous les autres; on peut toujours l'employer, et sans effrayer la femme; il n'est pas susceptible de déterminer l'inflammation de la matrice, comme la plupart des astringents et des stimulants. »

« L'introduction de la main, dit Paul Dubois (2), ne doit pas être faite une seule fois. Il arrive, en effet, qu'après un temps plus ou moins long, l'utérus se ramollit de nouveau, il y a réplétion nouvelle de l'organe, et, par conséquent, nouvelle indication d'introduire la main. Dans certains cas, cette manœuvre a dû être répétée quatre ou cinq fois. »

Les manipulations sont certainement un moyen que l'on ne doit pas négliger, et qui, dans un grand nombre de cas, ont suffi pour rendre à la matrice l'énergie contractile qui lui manquait, et pour combattre l'hémorragie. Mais dans bien des cas ce moyen a échoué; alors et quand l'hémorragie est grave, foudroyante, il ne faut jamais s'en rapporter à elles seules; il faut, au contraire, les employer comme accessoires de la compression aortique. En tous cas, il sera toujours prudent d'y renoncer plutôt que de comprimer, masser, pétrir les parois de l'organe, ainsi que le conseille

(1) Page 613. — (2) *Journ. de méd. et de chir. prat.*, page 213.

Cazeaux ; car, et quoiqu'en dise cet auteur, ces manipulations portées aussi loin pourraient, en froissant les parties molles, en occasionner l'inflammation, à laquelle elles ne sont déjà que trop sujettes.

4° Le tampon.

Leroux, d'après Cazeaux (1), cite un grand nombre de cas d'inertie de matrice où l'application du tampon a arrêté une perte qui paraissait inévitablement mortelle. Désormeaux, Cazeaux, Baudelocque et bien d'autres auteurs, n'ont pas foi dans les faits rapportés sur ce sujet. M. Chevreuil, partisan du tampon après l'accouchement, dit qu'il faut en même temps agacer, autant que possible, l'extérieur de la matrice. Sans doute le tampon ne conviendra pas lorsque l'hémorragie contre laquelle on l'employera, succédera à un accouchement à terme, ou à un avortement survenu sur la fin de la grossesse : alors ou bien il serait inutile, et par conséquent dangereux, parce que l'utérus revenu sur lui-même ne se prête plus à la distension qui pourrait résulter de l'accumulation du sang dans sa cavité ; dans ce cas, en effet, le retrait de l'utérus suffit généralement pour combattre l'hémorragie ; ou bien, son action se borne à convertir une perte externe en perte interne. Mais lorsque l'hémorragie est la suite d'un avortement, et que cet avortement a lieu du premier au quatrième mois de gestation, alors le tamponnement peut être employé avec succès, les parois utérines ne pouvant se prêter à une distension plus étendue que celle qu'elles offraient avant l'avortement.

Maintenant que l'attention est fixée sur les altérations du sang comme cause de maladie, et que, d'après les faits recueillis, certaines altérations de ce fluide disposent manifestement aux hémorragies, on rencontrera sans doute des cas de métrorragies puerpérales sans inertie de l'utérus, dus à l'altération du sang. Dans ces cas, et en attendant que la médication curative ait fait disparaître cette cause d'hémorragie, on se trouvera bien de l'emploi du tampon, qui favorisera la formation d'un caillot salutaire, obturateur, formation si difficile en cas pareil. Lorsque la métrorragie dé-

(1) Page 614.

pendra d'une rupture de varices, ou de déchirures du canal vulvo-utérin, le tampon pourra encore être utile. C'est dans ce cas surtout que l'on pourrait espérer quelque avantage de l'emploi topique d'une dissolution d'ergotine ou de l'eau anti-hémorragique du docteur Binelly. Mais, dans ces cas, lorsque l'hémorragie sera occasionnée par la rupture d'une artère, et que sa torsion ou sa ligature seront possibles, c'est encore à ces moyens qu'il sera le plus prudent de recourir.

Pour remédier à l'inconvénient du tampon de convertir souvent une perte externe en perte interne, on a proposé de joindre à son emploi la compression exercée avec les mains sur les parois de l'utérus.

Dans les cas cités par MM. Leroux et Chevreuil, et où le tampon paraît avoir réussi, Baudelocque pense que ce n'est pas tant en empêchant l'issue du sang, en déterminant sa coagulation, qu'en irritant la surface interne de la matrice, en produisant le resserrement des vaisseaux, que ce moyen aurait eu un effet salutaire. Ce tampon lui-même, les substances irritantes dont M. Chevreuil l'imbibe, joint aux irritations extérieures, peuvent bien, dans beaucoup de cas, déterminer la contraction utérine.

Nous avons lu un cas de métrorragie foudroyante, survenue après la délivrance, où les manipulations, les réfrigérants, les injections vinaigrées, étaient restés sans succès, et où M. Dupouy arrêta l'accident en tamponnant l'utérus au moyen d'une serviette imbibée de vinaigre pur, qu'il plongea toute entière dans sa cavité. Dans ce cas, nous pensons que l'action irritante causée par le contact de ce corps étranger et par le vinaigre sur les parois internes de l'utérus, a eu pour effet d'exciter les contractions de cet organe, dont les parois en se mettant en contact avec la serviette, en la comprimant, déterminaient aussi sur elles-mêmes une compression avantageuse.

Le docteur Josse, de Montdidier (1), conseille l'emploi du spéculum bivalve pour faciliter l'application du tampon dans le cas d'hémorragie utérine. C'est réellement une méthode qui facilite l'application de ce moyen.

(1) *Journ. de méd. et de chir. prat.*, année 1840, page 548.

M. Imbert (1) croit pouvoir suppléer au tampon par un procédé fort simple : « J'ai, dit-il, renoncé entièrement à son emploi ; tout en reconnaissant ses avantages, j'ai toujours vu qu'il avait de graves inconvénients : il comprime le canal de l'urèthre et s'oppose à la sortie de l'urine, d'où la nécessité de sonder la femme si on veut conserver le tampon ; sa présence irrite la muqueuse, même chez les femmes qui n'éprouvent pas de douleurs bien vives, il n'est pas rare de voir la fièvre se développer. Dans les cas les plus heureux, il existe au moins un sentiment incommode, une gêne qui empêche le sommeil et cause de l'agitation. Pour éviter ces inconvénients, je me borne à faire rapprocher les cuisses de la malade, et je les maintiens rapprochées au moyen d'un mouchoir de poche noué au-dessus des genoux. Chez les femmes grasses et dont les cuisses sont bien jointes par le haut, ce moyen suffit. Chez celles qui sont maigres et qui ont un vide entre les cuisses quand elles sont jointes l'une à l'autre, je place dans ce vide et immédiatement contre la vulve, une serviette roulée en cylindre, s'étendant un peu en arrière, de manière à boucher entièrement son ouverture en appliquant les grandes lèvres l'une contre l'autre. Cette serviette est fixée dans ce point par le rapprochement des cuisses et par l'application du mouchoir au-dessus des genoux. Cette méthode simple m'a toujours suffi ; je l'ai employée dans des hémorragies terribles, foudroyantes, et j'ai toujours vu que l'écoulement du sang était sûrement suspendu. Elle est d'une application facile, elle n'exige aucun préparatif, elle n'a rien d'effrayant pour la malade, rien de douloureux pour elle, et je ne saurais trop recommander aux praticiens de ne pas la rejeter sans examen et par la seule idée de son insuffisance. »

Busch (2), après que Wigaud eut remis le tampon en usage, l'adopta et publia sur son emploi des considérations assez exactes ; il donna la préférence au tampon de charpie. Il le conseilla, entre autres cas, pour les hémorragies consécutives à l'accouchement quand elles proviennent des vaisseaux du col utérin, ce qui arrive quand le placenta a été fixé sur l'orifice

(1) *Traité théor. et prat. des maladies des femmes*, tome Ier, Paris, 1839. — (2) *Annales de gyn. et de péd.*, tome Ier, page 311 et 312.

utérin, ou sur un côté du col, surtout le côté extérieur, ainsi que contre celles qui dépendent de lésions du col, ou qui sont dues à la déchirure de varices ou d'anévrysmes du vagin.

« Le tamponnement, dit J.-B. Kyll (1), convient dans le traitement des hémorragies consécutives à l'avortement pendant la première période de la grossesse. Alors ces hémorragies sont souvent dues à ce que des débris de la délivrance sont restés dans la matrice; aussi retire-t-on peu de secours des moyens internes et externes. L'hémorragie se prolonge souvent pendant plusieurs mois et ne s'arrête que lorsque l'utérus parvient à se contracter parfaitement et à expulser les restes des membranes de l'œuf. Je ne connais point de meilleur moyen que le tamponnement pour faire cesser ce flux de sang; l'on ne doit pas craindre ici la manifestation d'une hémorragie interne, la matrice n'étant point, à cette époque, susceptible d'une dilatation assez forte pour admettre dans sa cavité une quantité considérable de sang. Le tampon retient le sang dans la cavité, l'y coagule, et le coagulement et le tampon excitent la matrice à des contractions par lesquelles sont emportés les débris de membrane. On trouve ordinairement au bout de quelques jours ces débris adhérents au tampon. Une fois qu'ils sont sortis, l'hémorragie cesse. »

De ce qui précède il est facile de conclure que le tampon devra rarement trouver son application comme moyen de traitement dans les métrorragies puerpérales; que l'irritation que sa présence peut produire dans l'utérus et les organes avoisinants, surtout si on l'imprègne de liquides stimulants; les douleurs qui résultent de son application dans le vagin, alors toujours plus ou moins irrité; les mouvements et le refroidissement auxquels cette application expose la femme, lui feront toujours préférer la compression de l'aorte ventrale.

5° Introduction dans la matrice d'une vessie de cochon.

L'introduction dans la matrice d'une vessie de cochon, que l'on aura assouplie en la tenant quelque temps dans l'eau, est encore un très-mauvais

(1) *Annales de gyn.*, tome Ier, page 368.

moyen. Il est étonnant que Gardien paraisse en approuver l'emploi. En vain a-t-on fait valoir beaucoup la compression qui serait exercée sur les orifices vasculaires; car cet effet, aidé de l'excitation produite par la présence de ce corps étranger dans la cavité utérine et par l'impression du froid, fût-il constant, ce qui est loin d'être vrai, puisqu'on n'est jamais sûr de remplir assez exactement la cavité utérine, il est évident que le séjour de cette vessie est un obstacle au retrait de la matrice sur elle-même, et que l'hémorragie pourra reparaître au moment où l'on retirera la vessie. Il faudra donc toujours en venir au resserrement de l'utérus.

6° Du citron.

Dans la séance publique annuelle (section de chirurgie), de l'Académie royale de médecine de Paris, du 13 janvier 1825, M. Evrat a lu un mémoire sur l'emploi de l'acide citrique dans les hémorragies utérines après l'accouchement. Son procédé consiste à introduire dans l'utérus un citron dépouillé de son écorce et coupé à l'une de ses extrémités. Il l'exprime alors de manière à faire jaillir l'acide de ce fruit contre les parois de la cavité utérine, et il y laisse le citron. L'irritation produite par l'acide et la présence de ce corps étranger détermine bientôt la contraction de l'utérus, d'où résulte l'expulsion du citron et la cessation de l'hémorragie.

Je conçois que dans certains cas de métrorragie légère, ou d'inertie incomplète, ce moyen puisse réussir; mais peut-on y ajouter confiance lorsque l'hémorragie est foudroyante? Non, sans doute : la compression de l'aorte abdominale sera bien plus sûre, plus prompte, et par conséquent préférable.

7° De l'éponge vinaigrée.

M. Desgranges emploie, dans le même but, un moyen à peu près analogue au citron, dont le mode d'agir est pareil et auquel nous avons les mêmes objections à faire : il imbibe de vinaigre une éponge qu'il porte dans l'utérus; il y exprime le liquide qu'elle contient et l'abandonne, après avoir toutefois pris la précaution de la traverser avec un cordon de soie, afin de pouvoir la retirer aisément si on le juge convenable. Cette

dernière précaution nous ferait donner la préférence à l'éponge sur le citron.

8° Morceau de glace dans l'utérus.

Quelques personnes ont conseillé de porter dans l'utérus un morceau de glace, qu'on laisse pendant quelques instants en contact avec les parois de l'organe. Ce moyen, qui agit momentanément comme sédatif sur le système circulatoire, et comme astringent sur les fibres musculaires, ne tarde pas à produire l'effet contraire, c'est-à-dire une réaction locale qui tend à activer la circulation de l'organe. Du reste, cette glace, que l'on n'a pas toujours sous la main, ne tarde pas à fondre, et l'eau qui en résulte, prend aussitôt la température du milieu où elle se trouve. C'est un moyen qui ne nous semble pas mériter confiance, et que nous dédaignons de mettre en parallèle avec la compression de l'aorte abdominale.

9° Des réfrigérants appliqués au dehors et à l'intérieur.

« Si, dit Cazeaux (1), l'irritation avec les mains ne suffisait pas pour réveiller la contraction du tissu, il faudrait avoir recours à l'application du froid, qui agit à la fois comme sédatif sur le système circulatoire, et comme astringent sur les fibres musculaires; des compresses à la glace seraient appliquées sur l'abdomen, les organes génitaux et les cuisses; on pourrait en même temps injecter une certaine quantité d'eau froide dans le vagin, en ayant soin que l'extrémité de la canule pénètre jusque dans la matrice. »

« L'application des compresses réfrigérantes, dit P. Dubois (2), doit être aussi l'objet d'une attention toute particulière. L'eau dont on se sert n'a pas besoin d'être à la glace, ce qui en simplifie dès lors beaucoup l'usage; l'eau de puits fraîche est suffisante. Mais une précaution indispensable à prendre, c'est de renouveler les compresses aussitôt qu'elles se réchauffent. Ce qui arrête l'hémorragie, c'est l'impression brusque du froid; il faut donc que cette impression soit produite presque sans interruption. »

(1) Page 613. — (2) *Journ. de méd. et de chir. prat.*, mai 1845, page 213.

« Dans quelle mesure de temps convient-il d'appliquer le froid? C'est là, dit-il, une question délicate. Quand l'hémorragie persiste, il est clair qu'il faut continuer son usage; mais l'hémorragie a-t-elle cessé rapidement, on ne doit pas s'arrêter pour cette raison et se tenir dans une quiétude complète. » M. Dubois ne veut pas qu'on quitte la malade avant une heure, une heure et demie, parce que dans une infinité de cas, l'hémorragie se reproduit.

Le froid, pour combattre la métrorragie puerpérale, a été employé de diverses manières. Nous avons cité un cas où le docteur Foucault parvint à l'arrêter en soumettant la malade à l'action d'un courant continu d'eau froide dans le vagin au moyen de l'appareil à irrigation.

M. Derosière, dans un cas de métrorragie puerpérale qui s'était montrée rebelle à beaucoup d'autres moyens, a employé avec succès, d'après le conseil du docteur Philippe, de Rheims, des lavements d'eau très-froide et de vinaigre. Il est vrai qu'en même temps un double vésicatoire avait été apposé au-dessus des mamelles.

M. Chenouard ayant eu à traiter une métrorragie foudroyante à la suite d'avortement, et ayant vainement employé la plupart des moyens préconisés en pareil cas, eut recours aux douches graduées. Il adapta à une fontaine privée de son robinet un chalumeau de paille, il remplit cette fontaine d'eau glacée et dirigea le jet de ce liquide sur l'hypogastre, d'abord à la hauteur de trente centimètres, puis il l'éleva graduellement jusqu'à celle de deux mètres. A ce degré d'élévation, la malade éprouva un frémissement général accompagné d'un sentiment de constriction dans tout le bas du ventre. Il continua la douche pendant dix minutes environ; alors l'hémorragie s'arrêta. Puis, au bout d'une heure, il sortit encore à la suite d'une petite tranchée plusieurs gros caillots et un jet de sang fluide. Nouvelle douche administrée de la même manière et aussi longtemps. A partir de là, la perte utérine cessa pour ne plus reparaître.

Quelques accoucheurs, M. Collins entre autres, pensent que le moyen de rendre permanente l'impression salutaire du froid est de substituer les affusions aux compresses. Mais les affusions, ainsi que les douches ont le grave inconvénient de mouiller la couche entière de la malade : or, il

trop disposés dans l'état puerpéral. Or, dans le cas pour lequel cet auteur se livre à ces réflexions, aucun accident de ce genre ne s'étant manifesté, on ne pourrait conclure, dit-il, que le reproche que nous venons de signaler n'a pas de fondement; mais on aurait tort, ou du moins il convient d'établir ici une distinction que nous croyons rationnelle. Ainsi, il n'est pas douteux qu'employées prématurément, c'est-à-dire chez une femme qui jouit encore d'une certaine force, les douches ou les affusions froides sur l'hypogastre ne provoquent vers cette partie une réaction dangereuse. Lorsqu'au contraire tout orgasme a cessé par suite de l'abondance de la perte, la réaction peut ne pas se produire. Il résulte de là que la douche froide est une ressource précieuse, mais qu'il faut la réserver pour les cas extrêmes, et ne l'administrer que chez les malades qui offrent des symptômes non équivoques d'anémie.

Nous nous sommes longuement étendu sur les réfrigérants parce qu'il sont fréquemment mis en usage pour combattre la métrorragie puerpérale; parce qu'ils sont généralement employés sans discernement et comme par routine, parce qu'ils peuvent être cause de maladies graves; parce qu'ils peuvent être remplacés avantageusement par d'autres moyens qui n'offrent pas les mêmes inconvénients; enfin, pour contribuer, autant qu'il est en nous, à restreindre dans ses justes limites l'emploi d'une médication si dangereuse.

Le froid entre comme cause dans l'étiologie de presque toutes les maladies puerpérales. En effet, qui n'a été à même d'observer les effets pernicieux de son action chez beaucoup de nouvelles accouchées; l'extrême sensibilité de la femme à cette époque; l'importance de la perspiration cutanée, et, par conséquent, le danger de sa suppression; l'importance des nouvelles fonctions qui s'établissent alors, lochies, lactation, et, par conséquent, le danger de leur trouble; la disposition de la femme en couches à une foule de maladies graves; ces considérations seules devraient suffire pour n'employer les réfrigérants qu'à défaut d'autres moyens.

Le froid, employé comme remède hémostatique dans la métrorragie puerpérale a plus d'une fois donné lieu à des métrites ou à des péritonites mortelles. Nous en avons cité un exemple.

Si l'on fait attention à l'état d'incertitude des écrivains, tant sous le rapport de l'efficacité des réfrigérants, que sous celui de leurs inconvénients, des règles à suivre dans leur application, etc., l'on sera en droit de n'y avoir recours qu'avec défiance.

Et cette défiance sera encore mieux légitimée si l'on a égard aux suites fâcheuses qui, dans certains cas, sont résultées de leur emploi. Comme il importe de faire connaître, autant que possible, ces accidents afin d'éviter la cause qui leur donne naissance, nous croyons ne pouvoir faire mieux que de citer textuellement ce qu'a écrit sur ce sujet M. d'Outrepont (1).

« Au nombre des moyens recommandés avec raison pour combattre les hémorragies utérines qui se manifestent après la délivrance, il faut ranger de droit l'eau froide employée en fomentations sur l'abdomen ou en injections dans l'utérus. Il faut reconnaître que, dans la majorité des cas, ce moyen provoque les contractions de l'utérus, arrête l'hémorragie, mais on ne songe pas encore aux suites funestes et inévitables des injections pratiquées sans précaution, surtout par les sages-femmes qui n'y apportent habituellement pas un jugement mûr. Moi, pour ce qui me concerne du moins, l'expérience me démontre chaque jour davantage que ces injections deviennent fréquemment les causes de squirrhe, de carcinôme et de polypes de l'utérus; j'ai encore, tous les jours, occasion de toucher des femmes en proie à des maladies chroniques de l'appareil génital, et en recherchant les causes de ces états pathologiques, j'ai acquis la certitude que, beaucoup plus souvent qu'on ne le pense, les malades ne peuvent assigner aucune autre cause déterminante que l'emploi des injections d'eau froide pour arrêter des hémorragies antérieures.

« Quelques hommes renommés d'Allemagne ont élevé la voix contre l'abus si fréquent du froid dans les hémorragies ; leurs plaintes reposaient en partie sur des arguments de valeur, et en particulier sur les inconvénients que l'expérience leur avait fait reconnaître à ce moyen; mais il paraît que leurs paroles n'ont pas été entendues. Les accoucheuses emploient les fomentations et les injections froides, sans retirer aucun ensei-

(1) *Annales de gyn. et d'oc.*, page 107.

gnement des suites fâcheuses que détermine leur manière d'agir; elles trouvent avantageux d'être en possession d'un moyen d'écarter le danger du moment et les phénomènes graves qui accompagnent les métrorragies qui surviennent après l'accouchement. Et comme les hémorragies arrivent souvent après les accouchements prompts et faciles que les accoucheuses ont pu terminer seules, c'est à elles qu'est exclusivement confié, dans la plus grande partie de l'Allemagne, le soin de les arrêter. La même chose se passe pour les métrorragies qui accompagnent les accouchements prématurés; dans ces cas également, on réclame d'abord les soins des sages-femmes, et celles-ci savent bien qu'avant que le médecin arrive, les malades pourraient mourir ou tomber dans un épuisement dont on triomphe difficilement; s'il leur arrive de réclamer un médecin, elles n'en font pas moins, avant son arrivée, usage des fomentations et injections froides. Plusieurs accoucheurs novices cherchant tout leur salut dans les injections froides, se laissent effrayer par les phénomènes menaçants qu'ils observent, et usent du froid sans discernement; cela se pratique ainsi depuis longtemps et tous les jours des inflammations de l'utérus sont le résultat immédiat de leur conduite. Quel est l'accoucheur qui n'a pas souvent vu survenir la métrite après des hémorragies sans pouvoir se rendre compte de la cause et des connexions de la maladie? Souvent l'on a posé cette question : pourquoi, dans les couches, la métrite survient-elle après les hémorragies? On croit presque généralement que l'état de l'utérus après une forte perte de sang établit la prédisposition, et que des causes déterminantes de peu d'importance, telles qu'un léger écart de régime, des boissons froides, une faible émotion, l'influence insolite du froid ou du chaud, suffisent pour faire naître cette inflammation; mais il me paraît aussi que le procédé communément mis en usage pour combattre les métrorragies, et avant tout les injectious très-froides et les fortes doses de teinture de canelle et d'opium, déterminent seules la métrite. J'ai abandonné l'usage de ces injections tant à l'hospice d'accouchements que dans ma pratique privée, et je me contente des fomentations froides que je remplace ensuite par des compresses sèches, et plus tard par des fomentations tièdes; et, depuis que j'ai adopté cette conduite, je n'ai plus jamais vu la

métrite se développer à la suite des hémorragies utérines chez les femmes en couches.

« C'est au danger momentané que courrent les femmes frappées de métrorragie violente qu'il faut attribuer la circonstance que l'on a précisément recours aux remèdes qui éloignent très-promptement le danger effectif ou apparent de perdre la vie, sans rechercher les causes véritables de la perte, parfois si diverses, telles que la pléthore, la congestion, des caillots de sang restés dans l'utérus, des irrégularités dans le cinquième temps de l'accouchement. Au nombre des moyens dont il vient d'être question, il faut ranger les injections d'eau froide, et l'administration de la teinture de canelle; mais quelque précieux qu'ils soient, ils ne conviennent que dans les cas d'atonie, et sont nuisibles lorsque la perte est due à d'autres causes. Presque toujours j'ai vu après leur emploi se développer une métrite qui n'est pas constamment aiguë, mais bien lente, et qui est d'autant plus dangereuse qu'elle est accompagnée de moins de douleur, et par ce motif négligée ou traitée peu vigoureusement. Cette manière d'agir s'est même montrée nuisible dans certains cas où l'atonie semblait la réclamer; et dans les occasions où ces moyens procuraient un prompt secours, leur usage immodéré a produit des suites funestes. L'inflammation de l'utérus ne débute pas toujours par des symptômes importants, mais elle est le plus souvent latente et bornée à la membrane muqueuse, et c'est précisément cette forme de phlogose qui pose les germes les plus dangereux pour l'avenir; des polypes, le sarcôme, le squirrhe, le carcinôme, des flueurs blanches plus ou moins opiniâtres, une disposition à l'avortement et à la stérilité, sont autant de phénomènes dont on trouve les causes éloignées dans la phlegmasie antérieure de la muqueuse utérine. On sait que l'inflammation de toutes les muqueuses est peu douloureuse, et celle de l'utérus est souvent si peu sensible que les femmes qui en sont atteintes, n'éprouvent de douleur qu'à la pression du bas-ventre, pendant le mouvement, ou sous l'influence du toucher vaginal; l'on n'ignore pas, non plus, que la réaction qui accompagne cette phlegmasie est ordinairement peu importante, rémittente, et quelquefois intermittente. Il faut noter aussi que les lochies ne sont pas toujours supprimées, qu'elles ne s'écartent de

l'état normal que par leur qualité, c'est-à-dire par leur mauvaise odeur, leur âcreté, leur action nuisible sur les parties génitales externes. Toutes ces circonstances expliquent pourquoi cette maladie est souvent méconnue et reste sans traitement. Ce n'est que longtemps après que le médecin est instruit de l'existence de la maladie par les suites très-souvent difficiles à éloigner, qu'elle a laissées.

« J'ai touché depuis peu sept femmes affectées de squirrhe de l'utérus, chez lesquelles on avait fait usage d'injections froides contre des métrorragies; pour autant qu'il nous ait été permis de remonter aux circonstances antécédentes, elles avaient souffert d'une inflammation chronique de l'utérus, et elles n'avaient été soumises à aucun traitement à cause des symptômes peu importants que cette inflammation présentait. Elles ont eu les menstrues promptement troublées, et une seule de ces femmes est devenue de nouveau enceinte, mais elle a avorté au troisième mois.

« Je livre ces réflexions à la méditation de mes confrères, en appelant leur attention sur cette cause éloignée et pernicieuse de dégénérescence utérine; si leur observation venait confirmer la mienne, on restreindrait davantage l'emploi du froid contre les métrorragies. »

10° Des styptiques.

Les styptiques, employés froids au dehors, ont à peu près les mêmes avantages et les mêmes inconvénients que l'eau. Ce que nous avons dit de celle-ci pourra donc leur être appliqné. Mais administrés, soit en iujection, soit en douches, soit en irrigation, s'ils ont l'avantage de produire sur les fibres musculaires de l'utérus un degré de constriction plus prononcé, ils ont aussi le grave inconvénient d'être plus excitant et de stimuler davantage l'organe utérin. Quoique nous ayons cité des cas de métrorragie où ces moyens ont obtenu des succès, nous ne les vanterons pas à cause des suites fâcheuses auxquelles ils exposent les nouvelles accouchées. Il faut surtout exclure de la pratique l'injection dans la matrice d'alcool rectifié, d'huile de térébenthine, d'esprit de vitriol, etc., que Pasta recommande d'employer comme caustiques dans ces cas. Il ne faut, dit Cazeaux, user du vinaigre pur qu'avec une grande discrétion.

Bien que cette partie du traitement de la métrorragie puerpérale appartienne plutôt à la délivrance qu'à la période que nous avons assignée à l'état puerpéral, nous en dirons cependant un mot, à cause de la connexion qui existe entre ces deux états.

Sous le rapport de la conduite que doit tenir l'accoucheur quant à l'extraction du placenta en cas de métrorragie, les auteurs sont loin d'être d'accord. Nous n'examinerons pas ici leurs opinions ni les raisonnements sur lesquels ils s'appuient, cette étude nous entraînerait trop loin. Nous allons nous borner à faire connaître notre manière de voir à ce sujet. Lorsqu'une hémorragie a lieu avant que la délivrance ne soit effectuée, il y a certainement une portion plus ou moins considérable du placenta détachée, quelquefois même le placenta est complétement séparé de la paroi utérine, et est libre dans la cavité de l'organe ; c'est dans cette circonstance que les conseils donnés par les auteurs sont très-variables : 1° lorsque le placenta n'est qu'en partie détaché, qu'il y a hémorragie, et que, bien que la matrice ne soit pas en inertie, cet organe, cependant, n'a pas assez de force de contraction pour en achever le décollement et le chasser hors de son sein, nous sommes d'avis qu'il faut introduire de suite la main dans l'utérus, et terminer la délivrance ; dans ce cas la contractilité utérine, aidée des manipulations et excitée par l'introduction de la main, opère le retrait de l'organe, qui ne tarde pas à manifester le globe de sûreté ; nous avons observé trop de faits semblables pour que nous n'ayions pas entière confiance dans cette conduite ; 2° lorsque ce décollement partiel aura lieu en même temps qu'une inertie de l'utérus, il ne faudra pas opérer la délivrance sans considération. Si l'inertie est due à une congestion utérine, ce que l'on reconnaîtra à l'épaisseur et à un certain degré de consistance des parois de l'organe, il faut comprimer l'aorte ventrale ; vous empêcherez ainsi l'abord du sang artériel dans l'utérus, la congestion cessera, et, si elle est cause de l'inertie, la cause étant enlevée, généralement l'effet disparaîtra, la contractilité renaîtra et la délivrance pourra s'accomplir naturellement.

Si, malgré la cessation de la congestion et de l'hémorragie, ce temps du travail marchait lentement et avec trop peu d'énergie, dès lors et sans cesser la compression aortique, il serait convenable de recourir à la délivrance artificielle. La compression aortique, en suspendant complétement l'hémorragie, permet d'employer cette méthode, dût-on même agacer, exciter, pendant quelque temps l'utérus pour en provoquer la contraction qui, dans certains cas, pourrait se faire attendre. Car cette compression peut être employée impunément pendant un temps très-long; M. Baudelocque a pu l'employer pendant quatre heures consécutives. Si l'inertie ne dépend pas d'une congestion utérine et que les parois de l'utérus soient minces et molles, alors il faut d'abord comprimer l'aorte ventrale pour arrêter l'hémorragie, puis employer les moyens propres à rappeler la contractilité utérine; lorsque celle-ci a reparu, si elle ne suffit pas pour achever la délivrance, il faut la terminer artificiellement. Car, alors, comme le dit M. Van Huevel (1), le placenta en partie décollé et devenu corps étranger, peut produire une stimulation locale qui attire le sang dans la matrice, stupéfie cet organe et l'empêche de se contracter. Il ne faut pas craindre, en achevant le décollement du placenta, d'augmenter les sources de l'hémorragie; il ne faut pas craindre, non plus, si l'arrière-faix est entièrement libre, en vidant la cavité utérine, de procurer au sang qui s'épanche un espace plus grand : la compression aortique pare à tous ces inconvénients; 3° lorsque l'arrière-faix est complétement détaché, libre dans la cavité utérine, deux choses sont à considérer : la première, si l'hémorragie a été foudroyante, que la vie soit prête à s'éteindre, que des syncopes effrayantes ont eu lieu et menacent de se répéter, il faut de suite établir la compression aortique pour arrêter la plus petite perte de sang, s'il en existe encore, pour conserver le sang dans les parties supérieures de manière à exciter le cerveau convenablement pour entretenir la vie, et pour prévenir le retour de syncopes mortelles. Il faut bien se garder d'opérer de suite l'extraction du délivre; il faut, pour y procéder, attendre que la vie se soit ranimée, et que le

(1) Page 619.

vide qui résultera de cette extraction, soit sans influence sur elle. Lorsqu'on est témoin de l'accident, et que l'hémorragie n'a pas encore plongé la femme dans cet état de faiblesse voisin de la mort, alors, après avoir établi la compression aortique, il est prudent de procéder à l'extraction du délivre, qui, outre son action comme corps étranger, pourrait, par une contraction spasmodique du col, être retenu dans la cavité utérine et devenir la cause d'accidents très-graves; 4° s'il reste une portion de placenta dans la matrice, que cette portion soit libre ou adhérente, il est prudent d'en faire l'extraction; car son séjour dans la cavité utérine, outre la métrorragie à laquelle il dispose et qu'il peut entretenir, peut occasionner l'une ou l'autre des affections puerpérales que nous avons décrites.

D'après ce qui précède, il est facile de comprendre l'avantage immense que procure la compression de l'aorte abdominale comme moyen de traitement de la ménorragie puerpérale : elle arrête l'hémorragie et peut en prévenir le retour; elle combat l'inertie utérine dépendant de la congestion de cet organe; elle donne au médecin le temps d'employer les moyens capables de combattre la cause de l'hémorragie; elle permet, dans la grande généralité des cas, la délivrance artificielle sans crainte d'accidents; elle peut prévenir le retour de syncopes mortelles; en maintenant le sang vers les parties supérieures, elle maintient la vie prête à s'éteindre; elle est d'une application facile et sûre; en suivant la méthode de M. Seutin, elle n'expose à aucun accident, à aucune suite fâcheuse. Ce moyen hémostatique sera donc toujours préféré aux autres; il le sera surtout à ceux qui, comme les réfrigérants et les styptiques peuvent laisser des suites fâcheuses; il le sera aussi au citron et à l'éponge introduite et laissée dans l'utérus. Ces moyens, outre leur action irritante sur les parois internes de l'utérus, pourraient, par l'intervention de contractions spasmodiques du col, être retenus dans la matrice, où ils deviendraient cause puissante d'inflammation.

Métrorragie intra-vaginale, etc.

Certaines espèces de métrorragies puerpérales peuvent réclamer un traitement particulier : ainsi la métrorragie intra-vaginale d'Ookley, la

métrorragie interne, la ménorragie par le cordon ombilical, la ménorragie traumatique du canal vulvo-utérin, enfin, celle à laquelle madame Lachapelle a donné le nom d'hémorragie active. Déjà il a été question de la métrorragie traumatique. Celle d'Ookley réclame l'extraction immédiate du caillot volumineux qui distend la partie supérieure du vagin, aidée des manipulations nécessaires pour solliciter un retrait plus complet de l'utérus et empêcher la formation de nouveaux caillots dans sa cavité.

La métrorragie interne réclame l'introduction immédiate de la main dans la cavité utérine, l'extraction des caillots qui y sont renfermés, du délivre s'il y est encore, et, en même temps la compression aortique pour empêcher la continuité de l'écoulement sanguin, ou son retour. Et, pendant ce temps de quiétude, il faut mettre en usage les médications propres à rendre l'énergie nécessaire aux contractions utérines.

Dans les accouchements de jumeaux, il peut se faire une hémorragie après la naissance du premier enfant, par l'extrémité placentaire du cordon que l'on vient de couper. Bien qu'il n'existe habituellement entre les deux placentas aucune communication vasculaire, le contraire a été constaté trop souvent, pour qu'on puisse aujourd'hui mettre le fait en doute. Nous avons cité un cas de grossesse simple, semblable à ceux qu'on trouve dans Méry, Baudelocque, Solayrès, où, après la section du cordon, se manifesta une hémorragie suffisante pour compromettre les jours de la mère, et où la veine ombilicale seule était la source de la perte : ici, il y avait adhérence intime entre le placenta et l'utérus. De même que le fit M. Chevreuil, je jetai sur le cordon une ligature qui arrêta l'hémorragie, puis je fis avec beaucoup de difficulté, mais sans accident, le décollement du placenta.

Madame Lachapelle a décrit une perte qui survient à une époque plus ou moins éloignée de la parturition, et qui, suivant elle, est produite sous l'influence d'un *molimen hemorragicum* particulier. Ce *molimen* a quelquefois produit la perte même sans inertie. Nous avons vu, dit-elle, une femme périr sept à huit jours après l'accouchement, d'une abondante perte de sang séreux qui transsudait de toutes parts de la surface utéro-vaginale, et qui

pénétrait par imbibition le tampon le plus serré. La matrice était molle, mais non distendue par le sang. J'ai vu deux fois, dit Velpeau, l'hémorragie se manifester après la délivrance, quoique la matrice fut, depuis quatre et même sept heures, revenue sur elle-même et contractée. C'est d'ailleurs, dit-il, un accident qui n'est pas rare après les premières vingt-quatre heures. Ce *molimen* hémorragique, dit Cazeaux, est souvent déterminé par la rétention d'une portion de placenta ou de quelques caillots volumineux, dont la présence irrite les parois utérines et y détermine une fluxion sanguine considérable. Dans ce dernier cas l'extraction du corps étranger fait ordinairement cesser les accidents. Mais dans les cas semblables à celui de madame Lachapelle, où le sang est manifestement altéré et cause de l'hémorragie, c'est contre cette altération que doit être dirigée la médication principale. Si, cependant, l'écoulement sanguin compromettait l'existence de la malade et qu'en attendant l'effet du traitement curatif, il fut nécessaire, pour maintenir la vie, d'arrêter l'écoulement sanguin, on pourrait avoir recours au tampon, même à la compression de l'aorte ventrale, s'il était jugé nécessaire.

Médication rationnelle ou curative.

Lorsque, par l'emploi des moyens dont nous venons de parler, on a été assez heureux pour se rendre maître de l'hémorragie; lorsque celle-ci s'est arrêtée d'elle-même ou par le développement de syncopes plus ou moins fortes, il faut rester auprès de la malade pendant plusieurs heures, surveiller attentivement l'écoulement qui se fait par la vulve, placer la main sur l'hypogastre, afin de s'assurer que le globe utérin n'augmente pas de volume; il faut appliquer un bandage de corps modérément serré, maintenu par des sous-cuisses et des bretelles. Si la sensibilité de l'hypogastre le permet, et que l'on ait à redouter une nouvelle inertie de la matrice, une perte interne, on peut appliquer sur l'hypogastre quelques compresses sèches pour imiter les compresses graduées que l'on applique dans les cas de fracture de l'avant-bras; il faut recommander le silence le plus absolu, entretenir un demi-jour autour de la malade; il faut que celle-ci soit placée dans un état de calme absolu; toute agitation doit être évitée avec soin; la

malade doit être placée dans une position horizontale, le bassin un peu élevé ; comme tout exercice est dangereux, dit Burns (1), il faudra éviter le plus petit mouvement et ne permettre pour aucune raison de changer ou de troubler la malade. Au milieu de tentatives imprudentes, dit-il, pour soulever la malade, ou pour la mettre plus à son aise, on l'a vue quelquefois expirer subitement. Le changement de lit, dit Paul Dubois, ne doit s'effectuer qu'au bout de plusieurs jours (2) ; la seule chose qu'on puisse se permettre c'est de soulever doucement la malade pour changer ses draps. Si la température de l'appartement est trop haute, on l'abaisse en introduisant un air frais ; généralement la malade exprime par signes la satisfaction qu'elle éprouve d'avoir les portes et fenêtres de son appartement ouvertes, d'exercer avec un éventail une ventilation sur sa figure, d'avoir les bras et la poitrine découvertes ; des frictions avec de l'eau de Cologne, ou du vinaigre (j'ai remarqué que cette dernière substance était toujours préférée par les malades) faites sur les diverses parties de la figure. Nous avons indiqué plus haut les bons effets qu'en cas pareil, même si l'hémorragie était arrêtée, on peut retirer de la compression de l'aorte ventrale. Nous avons aussi indiqué, qu'à une certaine époque il était bon de réchauffer les bras, la poitrine, le dos. On surveillera, dit Burns (3), l'état de l'estomac et on combattra autant que possible ce sentiment de prostration qui a lieu souvent dans toutes les pertes. L'on donnera librement, ajoute-t-il, pendant quelque temps, des cordiaux, comme par exemple, du vin ou de l'eau-de-vie purs ou étendus d'eau. Mais, continue le même auteur, après que la malade aura commencé à revenir, et que le pouls deviendra ferme, il faudra les retrancher ou en diminuer la dose, car, si on les continuait au même degré on pourrait causer de la fièvre ou une inflammation.

En Angleterre, dit Paul Dubois (4), on n'hésite pas à donner à hautes doses, en pareil cas, du vin et de l'eau-de-vie coupée avec moitié d'eau. Cela est,

(1) Page 349. — (2) *Journ. de méd. et de chirur. prat.*, année 1845, page 215. — (3) Page 349. — (4) *Pet. Journ.*, page 214.

dit-il, bien contraire à notre manière de voir. Cependant il faut s'éclairer par ce qui se fait ailleurs. Eh bien ! il résulte des faits observés que ces stimulants ont eu du succès. Il est vrai que, lorsqu'il y a un épuisement, la tolérance des organes en est singulièrement augmentée ; la stimulation n'est plus aussi vive, en sorte qu'il n'est pas irrationnel d'employer ce moyen comme remède. On a donné avec avantage des aromatiques, telle que la teinture de cannelle. On a aussi préconisé la glace à l'intérieur. Lorsque la malade est un peu rétablie, il convient de donner en petite quantité un potage convenablement préparé, ou d'autres aliments d'une digestion facile. Il faut prendre garde de donner trop souvent des cordiaux ou des aliments, de peur de charger l'estomac, ce qui, dit Burns, produirait des maux de cœur et de l'anxiété jusqu'à ce que des vomissements vinssent réparer notre erreur.

Lorsqu'une femme a une hémorragie abondante, dit Cazeaux (1), elle est naturellement portée au sommeil. Quelques personnes veulent alors l'empêcher de dormir, craignant que, pendant le sommeil, la perte ne se renouvelle à l'insu de la malade. Il ne faut pas, dit-il, s'opposer à ce repos qui répare les forces épuisées; mais il ne faut pas quitter la femme, et surveiller très-attentivement le pouls, l'utérus et l'écoulement vaginal. On avait, dit Burns (2), dans un temps l'habitude d'empêcher la malade de dormir et de se livrer à cet assoupissement qui suit souvent l'hémorragie. Mais l'on peut assurément à de courts intervalles donner tout ce qui peut être nécessaire à la malade, sans l'empêcher absolument de dormir ou plutôt de s'assoupir, car la femme ne dort jamais profondément. Il faut cependant ne pas permettre au sommeil de troubler l'administration des cordiaux ou des aliments qui peuvent être nécessaires. Au lieu de sommeil, les malades éprouvent quelquefois, après les pertes considérables, une agitation qui indique un malaise extrême ; suivant M. Dubois, l'opium alors convient, il calme, et dans l'état où se trouvent les malades, le sommeil est un bienfait précieux.

Après les pertes considérables, les malades sont souvent tourmentées

(1) Page 619. — (2) Page 330.

par des vomissements ou au moins par des faiblesses d'estomac, des nausées et des envies de vomir excessivement fatigants. Indépendamment de la douleur qu'ils occasionnent, ces accidents gastriques ne sont pas tout à fait sans danger. Quand les femmes vomissent, les efforts auxquels elles se livrent, par la fatigue qu'ils occasionnent, produisent la syncope, syncope pendant laquelle, dit Cazeaux, la perte peut se renouveler avec abondance. S'il y a seulement des nausées, des envies de vomir, les femmes en sont tellement tourmentées, qu'elles s'agitent au point d'épuiser le peu de forces qui leur restent. Cet épuisement des forces musculaires est une très-fâcheuse condition, dans une circonstance où la contraction utérine est si nécessaire. « Le vomissement, dit Burns (1), lorsqu'il est modéré, n'est pas toujours mauvais, car, quelquefois, il provoque plus puissamment la contraction de la matrice. Le retour du pouls et le soulagement que la malade éprouve après avoir vomi, doivent être attribués non pas tant à un pouvoir direct que possède le vomissement pour fortifier l'économie qu'à la disparition consécutive du mal de cœur et de l'oppression. Si ces efforts ne suivent pas le vomissement, le cas est aggravé. » Rien n'est plus propre, dit Dewees, à calmer cette agitation de l'estomac que l'administration de l'opium donné en pilules, à la dose d'un demi-gramme toutes les deux heures. Le même auteur dit s'être également bien trouvé de l'application d'un sinapisme sur le creux épigastrique.

Suite des métrorragies.

J'ai plus d'une fois rencontré la chloro-anémie chez des nouvelles accouchées qui avaient éprouvé des métrorragies puerpérales. Dans ces cas, j'ai toujours réussi à les rappeler à la santé à l'aide des préparations ferrugineuses. J'avais la précaution de ne pas employer trop tôt ce moyen, de crainte que son action sur l'utérus n'irritât cet organe encore trop impressionnable, et surtout que cette médication ne donnât lieu au retour de l'hémorragie.

(1) Page 350.

J'ai aussi cité des cas où les suites de la ménorragie étaient non-seulement une anémie des plus prononcées, mais encore une anasarque plus ou moins considérable. Dans ce cas encore c'est au fer que nous avons eu recours, et sous son influence le sang s'est reconstitué, les symptômes maladifs ont diminué progressivement pour faire place à un bon état de santé; mais, ici, nous n'avons pas autant attendu pour administrer le fer, la faiblesse extrême des malades, leur décoloration complète, la crainte de voir la vie s'éteindre sous l'influence de la trop petite quantité de sang qui leur restait; l'influence fâcheuse que produisait sur la marche de cet état maladif l'anasarque, le peu de danger qu'il y avait du retour de l'hémorragie en reconstituant le sang et en lui rendant les qualités qu'il avait perdues, nous y engageait. Une circonstance qui contribuait beaucoup à cette détermination, c'était la crainte de voir cet état d'altération du sang passer à l'état chronique, et alors se montrer rebelle à l'action du fer.

Lorsque l'hémorragie a produit une syncope complète, l'état de la malade est très-alarmant. Cependant le danger n'est pas le même dans tous les cas, car il est des femmes qui s'évanouissent beaucoup plus vite que d'autres. La Motte cite un cas où la malade s'évanouit plus de vingt fois en une nuit. Pendant la syncope, dit Burns (1), la femme doit être maintenue dans un état de repos le plus absolu ; on devra arroser sa figure avec de l'eau froide, et, si elle peut avaler on lui donnera un peu de vin ou d'eau-de-vie, ou d'esprit d'ammoniaque aromatisé étendu d'eau avec addition de laudanum, afin de réveiller l'économie. Ensuite on pourra permettre un peu de vin chaud épicé. Des frictions sur la région de l'estomac faites avec quelque embrocation stimulante, telle que l'esprit de corne de cerf et les alcooliques, ou bien l'application d'un sinapisme peuvent être utiles.

Transfusion du sang.

La transfusion est cette opération par laquelle on fait passer du sang des veines d'un individu dans celles d'un autre, pour remplacer celui qu'il a

(1) Page 380.

perdu par une hémorragie excessive. On a publié des cas où cette méthode de traitement a réussi. Lorsqu'à la suite d'une métrorragie puerpérale foudroyante, la faiblesse de la femme est portée si loin que la vie est sur le point de s'éteindre; que l'emploi des moyens précités ne parvient pas à retirer la malade d'un état de syncope qui menace de devenir mortel; lorsque le pouls reste insensible, que la respiration, rare et lente, est presque nulle, que la déglutition est impossible, que la mort enfin est apparente, je n'hésiterais pas, dans ce cas, à recourir à la transfusion, sans prendre en considération les accidents nerveux et inflammatoires, la phlébite, qui peuvent suivre l'opération. Cette opération est tant vantée par quelques auteurs anglais entre les mains desquels elle paraît avoir réussi un bon nombre de fois, n'a pas eu, en France, les mêmes succès. C'est un moyen extrême, dit Cazeaux, qu'on pourrait cependant employer dans quelques cas désespérés, mais sur lequel il ne faut pas trop compter; la gravité de la perte, la faiblesse excessive de la malade et la lenteur de l'opération, la rendent le plus souvent inutile. On a proposé, dit Burns, dans des cas désespérés, la transfusion du sang; mais en partie à cause de la difficulté de se procurer un appareil, lorsqu'on en a besoin, et en partie à cause du peu de succès qui accompagne la pratique; rarement on y a eu recours, et elle passe déjà pour une simple spéculation. Une injection d'eau froide, faite avec les précautions convenables dans une veine pourrait être aussi utile que la transfusion.

Nous ne devons pas faire connaître le procédé opératoire. Nous dirons seulement que, dans quelques-uns des cas relatés, il a suffi, le plus souvent, d'une très-faible quantité de sang (deux à trois onces) pour amener une amélioration notable. Dans d'autres, il a été nécessaire d'en injecter jusqu'à dix à treize onces.

Waller et Doubleday eurent recours à la transfusion du sang dans des cas de pertes utérines qui étaient la suite de couches et compromettaient la vie des patientes (1).

(1) Voyez trois observations dans la première livraison des *Annales de méd. de Gand*, 1846, pages 65 et suivantes.

Les progrès des sciences médicales ont prouvé la nécessité d'employer, pour la transfusion, du sang pris sur un individu de la même espèce. Ils ont, en outre, démontré combien sont funestes les accidents qui accompagnent l'entrée de l'air dans les organes de la circulation.

D'après Klett, l'action physiologique du sang introduit dans les veines, dans les cas d'hémorragie, ne peut être entièrement attribuée à la compensation matérielle qui en résulte. Il semble disposé à croire qu'elle est due à une excitation momentanée des propriétés vitales, excitation qui doit être soutenue par des médicaments (1), outre la compensation matérielle. M. Sotteau (2) dit : « Je ne puis cependant m'empêcher d'accorder au sang introduit dans les veines une certaine action vitale, que dans l'occurrence d'une détérioration de ce fluide coïncidant avec une hémorragie mortelle, peut non-seulement remplacer le sang perdu, mais encore modifier la constitution au point de guérir la maladie primitive, en même temps que les accidents de l'hémorragie. »

Cet auteur (3) conclut : 1° que l'on ne doit employer dans la transfusion, que du sang d'un individu de la même espèce que celle qui doit le recevoir ;

2° Que cette transfusion a été d'un avantage incontestable dans certains cas de pertes utérines à la suite des couches ; et que, par analogie, on doit l'employer dans toutes les circonstances semblables ;

3° Que la pratique de cette opération a été également couronnée de succès dans des cas d'hémorragies traumatiques, et que, par conséquent, elle est indiquée chaque fois qu'une perte de sang est occasionnée par des causes externes ;

4° Que, s'il y a urgence extrême, on pourrait, à défaut de sang humain, employer en attendant qu'on pût s'en procurer, une solution saline de 4 grammes de muriate de soude et 50 centigrammes de carbonate de soude dans 1,500 grammes d'eau à 105° Farenheit (40° centigrade) ;

5° Que la transfusion d'une solution saline a déjà été tentée avec succès dans l'asphyxie cholérique ;

(1) Page 82. — (2) Page 83. — (3) Page 85.

6° Que la transfusion du sang sur l'homme paraît n'avoir échoué que par l'introduction de l'air dans les veines pendant l'opération, ou parce que le sang qui a servi à l'opération était déjà en partie fixé par le refroidissement, ou enfin à cause de l'injection d'un sang d'une espèce étrangère.

Le sang est sujet à se coaguler, ce qui constitue un accident grave, qui a fait dire à Magendie que si le sang est reçu dans un vase ou dans une seringue et ensuite injecté, il se coagule plus ou moins, et devient ainsi en oblitérant les artères pulmonaires, une cause de mort.

Sotteau a imaginé un instrument de transfusion propre : 1° à empêcher la coagulation du sang après sa sortie de la veine; 2° à prévenir la pénétration de l'air dans l'instrument. Il a même cherché à le mettre à la portée de ceux qui n'ont pas l'habitude des opérations chirurgicales.

Cet appareil comprend deux parties essentielles : un réservoir pour recueillir le sang, et un corps de pompe fixé au milieu du réservoir et destiné à injecter ce liquide dans les veines.

MM. Burggraeve, Dumont et Heyman, chargés de faire un rapport sur le travail de M. Sotteau, disent (1) : « Nous croyons, contrairement à l'avis de M. Sotteau, que, si la transfusion guérit, c'est en stimulant le cœur et les vaisseaux, c'est en un mot, en réveillant leur action paralysée, comme le pense le docteur Klett. »

De Muynck dit (2) : « La transfusion peut être employée dans les hémorragies violentes de l'utérus comme moyen propre à ranimer, à prolonger l'existence près de s'éteindre, et à fournir ainsi au médecin un temps précieux pour l'application des remèdes convenables à la circonstance. »

Tout récemment la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles a publié (3) une observation de transfusion du sang, suivie de considérations sur cette opération par M. Bougard, qui est digne d'attention, et propre à encourager les praticiens à recourir plus souvent à ce genre de médication.

(1) Page 105. — (2) *Annales*. page 118. — (3) Cahier de juillet 1849, page 35.

De l'ergot de seigle.

Ce moyen, qui compte au premier rang parmi les prophylactiques et est souvent employé concurremment avec les médications de nécessité, jouit aussi, parmi les remèdes curatifs, d'une réputation et d'une efficacité méritées. Ces motifs nous engagent à donner quelque étendue à cet article.

On entend par ergot de seigle une production d'un gris noirâtre, d'une longueur qui peut varier de deux à vingt lignes, et qui a exactement la forme de l'ergot d'un coq. L'ergot se développe dans l'épi de la plupart des céréales, et plus particulièrement dans celui du seigle, dans les années froides et humides. L'ergot du seigle est le seul employé en médecine.

De toutes les propriétés de l'ergot, la plus importante et la plus incontestable est certes celle de solliciter des contractions utérines dans le cas d'inertie de la matrice. On est généralement convenu de l'utilité de ce médicament employé dans les circonstances suivantes : inertie de la matrice dans l'accouchement; délivrance tardive; caillot dans la matrice; hémorragies utérines.

1° Inertie de la matrice. Les contractions utérines sollicitées par l'ergot de seigle se manifestent avec une promptitude extraordinaire. Elles ne surviennent guère avant dix minutes ni après une demi-heure. Sa durée d'action varie d'une demi-heure à une heure et demie. L'extrême intensité de ces contractions ne saurait se concevoir quand on n'en a pas été témoin. Elles ne présentent plus ces intervalles de repos qui ont lieu dans l'état ordinaire; mais elles se pressent et se succèdent avec une violence extraordinaire, au point que quelquefois, pendant une heure de suite, l'utérus se contracte incessamment.

2° Délivrance tardive. Quand l'arrière-faix tarde à sortir, et surtout que sa présence détermine des hémorragies; quand en plaçant la main sur l'hypogastre, on ne sent pas l'utérus se contracter au-dessus des pubis, l'emploi de l'ergot est indiqué et peut rendre de grands services.

3° Caillots dans la matrice. C'est de la même manière qu'il agira pour favoriser l'expulsion de caillots considérables qui s'accumulent quelque-

fois après l'accouchement chez les femmes dont l'utérus tarde à se contracter.

4° Hémorragies utérines puerpérales. Il était naturel de penser que si, après l'accouchement, l'inertie de l'utérus, en laissant béants dans la cavité de la matrice les sinus utérins, était la cause de la métrorragie, l'ergot de seigle, dont l'action est si puissante, resserrerait les fibres de l'organe, rapprocherait les parois des vaisseaux et favoriserait l'expulsion des caillots qui peuvent être retenus dans le viscère. Le succès justifia cette prévision. Des faits nombreux démontrent, de la manière la plus évidente, l'heureuse et rapide influence de l'ergot dans cette grave complication.

Ce médicament, suivant Trousseau et Pidoux, possède deux actions fort remarquables : l'une rapide et passagère sur l'utérus ; l'autre lente et durable sur l'organe nerveux central. La première, tout à fait spéciale, paraît s'exercer surtout sur les fibres de l'utérus en y déterminant des contractions ; l'autre, au contraire, s'exerce sur le cerveau en y déterminant une sorte de stupéfaction semblable à l'ivresse. « Si nous comparons, disent Trousseau et Pidoux (1), ces deux séries de phénomènes sous le point de vue de la rapidité de leur production, nous en tirerons une conséquence importante pour le mode d'administration de ce médicament; c'est que, lorsque l'on veut produire une contraction longtemps continuée des fibres de l'utérus, il faut fractionner les doses et les donner à de courts intervalles. De cette manière on peut soutenir pendant longtemps l'action médicatrice, sans cependant donner des quantités énormes d'ergot, et sans déterminer des symptômes cérébraux trop intenses. C'est de cette manière qu'il faut agir dans les ménorragies. En effet, dans ces cas, le tissu de la matrice, dense et serré, n'est susceptible que de contractions lentes et graduelles; or, si au lieu d'un agent approprié à cette disposition, l'on emploie un moyen énergique, mais dont l'action s'évanouit rapidement, telle qu'une forte dose d'ergot, il est évident que l'on manque son but. Nous avons cru remarquer que le mode d'administration le plus convenable

(1) *Traité de thérap. et de mat. méd.*, édition belge, première partie, page 245.

était d'abord de donner un gros d'ergot de seigle en six doses, à prendre de quatre en quatre heures; de cette manière les doses sont encore assez fortes, et n'agissent pas à des intervalles très-éloignés. On continue le médicament pendant quatre ou cinq jours, en diminuant et en éloignant graduellement les doses. En continuant ainsi la médication, la guérison est plus assurée. »

Voici, sur les propriétés de l'ergot de seigle, onze conclusions prises par les auteurs précédents :

I. L'ergot de seigle exerce sur l'utérus une action puissante, mais passagère;

II. Cette action porte principalement sur les fibres de cet organe, et y détermine des contractions;

III. Ces contractions, constamment accompagnées de douleurs, amènent rapidement la suspension des métrorragies, quelle qu'en soit la cause;

IV. L'état de l'utérus n'influe en rien sur leur production;

V. On les observe même quand une partie des fibres du col de cet organe se trouve envahie par le cancer;

VI. L'ergot de seigle agit sur l'organe nerveux central à la manière des stupéfiants;

VII. Les phénomènes qui en résultent, sont lents mais assez durables;

VIII. Jamais ils ne présentent aucune gravité, quand on se borne à combattre la métrorragie;

IX. On peut, sans inconvénient, porter la dose de l'ergot à plusieurs gros en quatre ou cinq jours;

X. Lorsqu'on veut combattre une métrorragie, il est bon de fractionner les doses, et de les donner à des intervalles égaux;

XI. Enfin, il ne faut pas craindre de débuter par une dose assez forte, un gros par exemple, en vingt-quatre heures.

Autant que possible l'ergot ne doit pas avoir été récolté depuis plus d'un an; il doit être pulvérisé au moment même où le médecin va l'administrer. On le donne en poudre à la dose de six à douze grains, quatre à huit fois par vingt-quatre heures, en infusion à la dose d'un gros pour une livre

d'eau bouillante, à prendre par tasse de deux ou de quatre en quatre heures, en décoction à la même dose et de la même manière. Dans ces deux derniers cas, on fait seulement concasser l'ergot.

L'ergot, disent Trousseau et Pidoux, peut être employé sans danger deux, quatre, et même quinze jours de suite.

« L'ergot de seigle, dit Cazeaux (1), est un moyen auquel il faut avoir recours dans le traitement curatif. Malheureusement le temps nécessaire pour se le procurer, quand on ne l'a pas sur soi, et pour que son action se fasse sentir, est toujours trop considérable pour qu'on puisse l'administrer assez promptement; et on conçoit que, dans une hémorragie grave, dans un cas d'inertie complète par exemple, la malade succomberait infailliblement avant qu'on puisse rien espérer de l'ergot. Mais à l'exception de ces cas foudroyants où quelques minutes décident de la vie, l'ergot doit être employé, et le sera presque toujours avec succès. Ces hémorragies utérines, ont chez quelques femmes une tendance marquée à récidiver. Aussi, dès qu'elle a eu lieu, qu'elle paraisse ou non définitivement arrêtée, il faut donner quelques grammes de cette substance; dans le premier cas, il n'en peut résulter aucun inconvénient; dans le deuxième, on préviendra le retour de l'inertie, même légère, et cela n'est pas indifférent pour une femme qui, déjà épuisée, peut succomber à une nouvelle perte, quelle que peu abondante qu'elle soit. »

M. Bonjean, de Chambéry, a constaté la propriété hémostatique de l'ergotine sur l'homme et les animaux; il en a particulièrement fait usage à l'extérieur; il imbibe un tampon de charpie d'une dissolution d'ergotine, il l'applique sur la plaie et la retire au bout de dix minutes; l'ergotine qu'il emploie est dissoute dans douze ou quinze fois son poids d'eau, et cette dissolution sert à imbiber la charpie que l'on applique sur l'ouverture des vaisseaux.

« Il résulte de mes recherches, dit le docteur Mialhe (2), que la plupart des substances introduites dans l'économie agissent chimiquement sur le sérum du sang, soit immédiatement, soit médiatement; les uns coagulent

(1) Ouvrage cité, page 617. — (2) *Bulletin général de thérapeutique.*

l'albumine que cette humeur renferme, les autres, au contraire, la fluidifient : dans la première classe ou les coagulants, se trouvent tous les agents toniques, astringents et hémostatiques. J'ai constaté que le seigle ergoté exerce sur l'albumine une action très-remarquable : au premier abord, l'action semble nulle; puis il y a épuisement très-sensible, puis enfin coagulation réelle, ayant cependant plutôt l'air d'une sorte d'organisation que d'une simple coagulation. De là l'explication des effets thérapeutiques et physiologiques de cette substance. »

Les *Annales de la Société médico-chirurgicale de Bruges* ont publié sur le seigle ergoté un article d'après lequel il résulte que cette substance manque souvent son effet par suite de sa mauvaise qualité. Il est donc très-important pour le praticien de pouvoir bien apprécier les bonnes qualités de l'ergot de seigle. Or, rien n'est plus simple : suivant le docteur Bamsbothan, il suffit de faire une infusion avec la poudre d'ergot et de la laisser couverte pendant quelques secondes, puis on la découvre; si cette infusion présente alors une couleur de chair foncée, et que les parties solides se soient déposées dans le fond du vase, il n'y a pas de doute sur la bonne qualité de l'agent médicamenteux. Si, au contraire, la liqueur se présente sous un aspect lacto-mucilagineux, et que des parties non dissoutes de l'ergot surnagent à la surface, il est à peu près certain que le médicament sera donné sans résultat.

Des préparations opiacées.

Les auteurs anglais conseillent l'opium à haute dose comme moyen préventif et curatif dans les cas de perte par inertie. « Ils citent quelques faits à l'appui de cette opinion, dit Cazeaux (1), mais je ne les crois pas concluants; car, dans tous les cas cités, ils ont ajouté à l'opium l'emploi de moyens généraux propres à faire cesser l'hémorragie. Je ne conçois pas, du reste, l'influence que pourrait avoir l'opium administr seul sur le resserrement de l'utérus, qui est ici le seul espoir de salut. Ces objections du docteur Cazeaux ne nous paraissent pas fondées;

(1) Page 618.

effet, si dans les cas où l'opium a réussi, d'autres moyens furent employés en même temps, n'en est-il pas de même de ceux qu'il considère comme les plus efficaces? Et, parce qu'il ne conçoit pas le mode d'action de ce remède dans le traitement de la métrorragie puerpérale, est-il en droit de révoquer en doute les faits nombreux rapportés par les médecins anglais où l'emploi de ce moyen fut couronné de succès? Non, sans doute; et quelqu'extraordinaires que nous paraissent les faits; quelle que difficile que soit la théorie à leur appliquer, de quelque côté qu'ils viennent, il est rationnel de les accepter.

« Les opiacés, dit Burns (1), sont très-utiles dans tous les cas d'hémorragie utérine après la délivrance. Ils sont au nombre des cordiaux les meilleurs et les plus sûrs que l'on puisse employer, et on doit les prescrire dans tous les cas. La dose devra être proportionnée à l'urgence du cas, et varier depuis cinquante jusqu'à soixante gouttes. Dans quelques circonstances, lorsque la faiblesse était grande, on a donné à la fois cent gouttes de teinture opiacée, ou, lorsque l'estomac était très-irritable, cinq grains d'extrait d'opium suivis de trois grains toutes les trois heures jusqu'à ce que la malade fut hors de danger. Mais je ne crois pas que des doses aussi fortes de laudanum soient nécessaires, et quant à l'opium solide, on doit le donner à la dose seulement d'un grain pour calmer l'irritabilité de l'estomac, après que le premier danger est passé. Car il ne peut en aucune dose agir instantanément, et on ne peut compter sur lui dans un cas urgent. Le laudanum introduit à des doses modérées, soit dans l'estomac, soit dans le rectum, ne peut empêcher les contractions de la matrice, ni produire dans la suite aucun mauvais effet. Les opiacés remplacent en quelque sorte le vin, et sont infiniment plus sûrs. » L'on voit, d'après ce qui précède, que dans les cas graves, pressants, dans les métrorragies foudroyantes, Burns considère l'action des opiacés comme trop lente pour être mis en usage avec succès; d'un autre côté, il en compare l'action aux cordiaux, au vin, etc., de sorte que ce n'est guère que pour combattre les suites de l'hémorragie qu'il y a recours.

(1) Page 349.

Dans certains cas, cependant, où la perte ne compromet pas immédiatement l'existence de la malade, et où l'on peut attendre les effets du remède pour la combattre, les auteurs anglais préconisent l'opium comme moyen susceptible de guérir cette affection, et les annales de l'art ne manquent pas de faits où cette médication fut couronnée de succès. Comme Cazeaux, rattacherons-nous ces succès à d'autres agents thérapeutiques, employés conjointement avec l'opium? Nous accepterons plutôt le raisonnement des praticiens anglais, qui, par le fréquent usage qu'ils font de cette substance, en connaissent et savent mieux en apprécier les effets. Nous avons vu, en parlant de la nature de la métrorragie, que, dans certains cas, une irritation nerveuse, un état spasmodique d'une partie des fibres utérines, pourrait être cause d'hémorragie : or, en pareille circonstance, n'est-ce pas en calmant cette irritation nerveuse de la matrice, en faisant cesser les contractions partielles spasmodiques de ses fibres, que les opiacés agissent comme moyens curatifs ?

Lorsque, dit Paul Dubois (1), on a reconnu l'existence d'une perte chez une nouvelle accouchée, la première précaution à prendre est de placer la malade dans une position horizontale, le bassin un peu élevé; ensuite si la température de l'appartement est trop haute, on l'abaisse en introduisant un air frais. Cela fait, il administre le seigle ergoté à la dose de trente-six grains en quatre ou six doses, réparties dans un espace de temps pendant lequel il a recours à d'autres moyens. Si l'on observe que l'utérus est plus développé qu'il ne doit l'être, et en même temps plus mou qu'à l'état normal, on a des raisons de penser que du sang s'est accumulé dans sa cavité. Si, d'autre part, on a la certitude que des fragments de placenta n'ont pas été expulsés lors de la délivrance, il faut introduire la main dans l'utérus. Cette introduction seule suffit quand il n'y a que des caillots, pour solliciter des contractions à la faveur desquelles l'organe se débarrasse du sang coagulé qui le distendait. Dans le cas, au contraire, où la matrice ne présente que de la mollesse sans exagération de son volume ordinaire, l'introduction de la main est inutile. Il se borne alors aux fric-

(1) *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1845. pages 213 et 214.

tions sur l'hypogastre et aux réfrigérants. De temps en temps la malade prend par petites quantités des boissons fraîches et accidulées, lesquelles avec trente-six grains de seigle ergoté, donnés en quatre, cinq ou six doses, à cinq minutes d'intervalle, constituent toute la médication interne. Il est incontestable, dit M. Dubois, que l'emploi simultané de ces moyens suffit, dans l'immense majorité des cas, pour arrêter l'hémorragie.

Mais il est des cas où l'hémorragie, sans être foudroyante, réclame d'autres moyens que ceux que nous avons mentionnés jusqu'à cette heure, soit que par sa nature elle réclame des médications spéciales, soit que par son opiniâtreté, on se trouve forcé de varier les remèdes que l'on dirige contre elle.

Dans la ménorragie lochiale, lorsque l'hémorragie procède d'une action irrégulière de la matrice, dit Burns (1), et est accompagnée d'une douleur lancinante, une forte dose de teinture opiacée est utile, et rarement manque de soulager la malade. Les laxatifs conviennent aussi, dit-il. Si elle dépend de ce que le placenta a été déchiré et qu'une portion reste attachée à l'utérus, alors l'hémorragie est souvent très-opiniâtre. Il s'écoulera à plusieurs reprises du sang caillé et liquide. Le caillot a la forme de l'utérus et est expulsé avec du sang liquide comme dans l'avortement. Une odeur infecte émane de la matrice, et à la fin la portion du placenta est expulsée à l'état de putréfaction, après un laps de plusieurs jours, ou même de plusieurs semaines, et cette expulsion est souvent accompagnée d'attaques d'hémorragie considérable. Si l'on touche l'orifice utérin, on le trouve mou, ouvert et irrégulier; si, en introduisant le doigt on peut sentir quelque chose à l'intérieur de la matrice, il faudra l'extraire avec précaution; si l'on ne peut, on tamponnera le vagin et même l'orifice utérin de manière à retenir le sang et à provoquer les contractions utérines. L'on peut aussi, suivant Burns, injecter des liquides astringents dans le même but, ou faire passer dans la matrice un centilitre d'eau modérément froide, afin d'enlever par des lavages répétés cette portion de placenta; si l'odeur est très-

(1) Page 551.

forte, l'on peut employer une solution faible de chlorure de chaux. Un doux émétique, continue le même auteur, favorise quelquefois l'expulsion. C'est en cas pareils que l'emploi méthodique du seigle ergoté, aidé des injections utérines, nous paraît surtout convenir. L'ergot est encore le meilleur moyen à employer lorsque l'hémorragie provient d'une interruption dans le travail de rétraction. Quelquefois, dit Burns (1), lorsque l'écoulement s'arrête, la malade se plaint beaucoup d'une affection d'estomac; les laxatifs, les aromatiques et des rubéfiants à l'estomac calmeront cet état maladif; et, lorsque cette affection alterne avec la diarrhée, la conserve de cachou est utile, associée à quelques teintures amères. Si, continue Burns, le pouls est fréquent, la digitale prise pendant quelque temps peut être favorable. La douleur dans le dos accompagne généralement cette maladie, et elle est quelquefois assez intense pour affecter même la respiration; dans ce cas, un emplâtre chaud appliqué au dos est souvent utile, et si le pouls est mou, on devra donner un anodin. Les palpitations pénibles, dit-il, les battements et le mal de tête ainsi que les autres affections nerveuses qui suivent souvent l'hémorragie sont soulagés par l'emploi régulier et prolongé des laxatifs combinés avec l'assa-fœtida, ou les toniques tels que le fer ou la quinine, selon les circonstances.

Si la ménorragie lochiale se rattache à une irritation de l'utérus, c'est contre cette irritation que les moyens seront dirigés; des aliments doux; des boissons douces, froides et acidulées, des saignées dérivatives, etc., seront les moyens convenables. C'est en cas pareil, peut-être, que l'emploi des ventouses Junod aux extrémités supérieures, de larges ventouses au dos, sur ou en dessus des seins, pourraient avoir des effets avantageux. De même que quand l'hémorragie semble due à un molimen hémorragique, à un mouvement fluxionnaire du sang vers l'utérus.

Nous avons vu que certaines altérations du sang pouvaient être cause de ménorragie puerpérale; dans ces cas, si l'hémorragie compromet la vie du sujet, il faudra d'abord arrêter l'écoulement de sang par les moyens indiqués dans la deuxième division, puis recourir à la médication curative; si

(1) Page 352.

au contraire, l'hémorragie est modérée et que la perte ne semble pas avoir sur la malade une influence trop débilitante, on pourra débuter par la médication curative. Et celle-ci sera-t-elle toujours la même? Non, sans doute, puisque la nature de cette altération n'est pas elle-même toujours identique. C'est ici que ressort l'avantage de la division que nous avons faite, sous ce rapport de la ménorragie en active et en passive; en effet, le traitement de l'une diffère totalement de celui de l'autre. Dans la ménorragie active, où le chiffre de la fibrine dépasse son maximum physiologique, c'est aux boissons délayantes, légèrement alcalines, aux aliments peu réparateurs, à l'entretien de la sécrétion laiteuse, de la perspiration cutanée, des évacuations alvines, et, dans les cas où il y aurait en même temps un chiffre élevé de globules, comme la fille Delcourt nous l'a offert, on pourrait laisser durer l'hémorragie, ou même recourir à quelques déplétions sanguines. Dans la ménorragie passive, où le chiffre de la fibrine est en dessous de son minimum physiologique, s'il y a, en même temps élévation considérable du chiffre des globules ou que ce ne soit que relativement à ce chiffre que celui de la fibrine soit baissé, ce qui constitue l'hémorragie active d'Andral ou la pléthore, on pourra, si la perte n'est pas trop considérable, la laisser persister quelque temps; nous savons que cette déperdition a pour résultat de diminuer surtout l'élément globulaire du sang, et, conséquemment, de ramener à leur chiffre normal les éléments essentiels de ce fluide. Au cas où la perte ne reviendrait que par accès, l'on pourrait, par des saignées du bras, arriver au même résultat. Mais, lorsque la diminution du chiffre de la fibrine sera absolue, il faudra éviter toute déperdition sanguine, chercher à arrêter celles qui existeraient, et employer ensuite les moyens capables d'augmenter le chiffre de l'élément spontanément coagulable du sang. En traitant de la prophylaxie, déjà nous avons eu occasion de faire connaître notre opinion à cet égard, nous n'y reviendrons pas ici. Seulement nous dirons que c'est probablement en cas pareils que les praticiens anglais retirent de l'avantage de l'emploi qu'ils font des cordiaux.

Il nous reste, pour terminer ce que nous avons à dire de la thérapeutique de la métrorragie puerpérale, à faire connaître quelques

moyens spéciaux, qui, dans certains cas, ont été d'un avantage réel : nous allons les passer en revue.

1° De la sabine.

C'est M. Aran qui, ayant observé les bons effets de cette substance pour combattre les ménorragies puerpérales, dans le service de M. Gendrin, appela l'attention des praticiens sur ce sujet. La sabine, et probablement la rue, sont des plantes qui, comme le seigle ergoté, paraissent produire des contractions utérines, et qui, au même titre sans doute que cette dernière substance, suspendent la métrorragie dans certains cas. Comme l'action de l'ergot est beaucoup mieux connue, beaucoup plus certaine et plus prononcée que celle de la sabine, celui-là sera généralement préféré à celle-ci. Mais il se peut que, dans certains cas, il y ait intolérance ou action physiologique nulle de l'ergot, alors on se trouvera assez heureux de pouvoir recourir à une substance qui puisse le suppléer. L'action stupéfiante de l'ergot sur les centres nerveux peut rencontrer, dans certaines affections de ceux-ci, des contre-indications à son emploi. Enfin lorsque, comme dans l'éclampsie, il s'agira d'éviter la congestion de l'encéphale, ou comme dans certaines dispositions hémorragiques du cerveau, des poumons, de l'estomac, et que par conséquent il faudra craindre ces violentes et continuelles contractions utérines que détermine l'emploi de l'ergot, on sera peut-être fort content, au besoin, de pouvoir le remplacer par un agent, dont l'action soit plus douce.

M. Fontanetti a employé la sabine avec avantage dans des cas où l'ergot et l'ergotine avaient échoué. Il donne cette substance en poudre à la dose de six grains répétée toutes les deux ou trois heures.

2° Du tannin.

Le docteur Porta (1) a publié des observations constatant l'action avantageuse du tannin dans la métrorragie. Le docteur Ferrario, de Milan (2), en

(1) *Annali universali de med.*, avril 1827. — (2) *Annali univ. de med.*, 1829.

a préconisé l'usage. En France, Cavalier (1) a expérimenté cette substance, dont il a également retiré de bons effets.

C'est, dit Cavalier, particulièrement dans les cas où l'hémorragie est décidément passive, ceux où elle est chronique et où elle a amené un état d'asthénie générale; ceux où l'hémorragie ne pouvant être classée ni parmi les actives, ni parmi les passives, et tous les symptômes de fluxion générale ayant disparu ou ayant été combattus par les moyens appropriés, l'écoulement sanguin continue, au grand détriment de la malade, par une sorte d'habitude ou de fluxion locale permanente, que le tannin semble convenir. Porta l'administre en pilules comme suit :

℞ : Tannin gr. 2.
Rob de sureau q. s. pour faire une pilule.

On en donne une toutes les deux ou trois heures.

Le tannin, à l'état de pureté, paraît posséder, outre sa vertu astringente, une propriété particulière propre à arrêter les métrorragies. Son mode d'action paraît assez doux et innocent pour les voies gastriques, lors même qu'on peut les supposer légèrement irritées. Il fait cesser les accidents hémorragiques avec promptitude, et son efficacité se manifeste à une dose très-faible.

3° Du ratanhia.

M. Rayer (2) a plusieurs fois employé le ratanhia à l'intérieur, à la dose d'un gros pour deux litres d'eau, dans les hémorragies utérines. Son efficacité a toujours été très-marquée et souvent complète en cas d'hémorragie utérine simple. Nous pensons que son emploi pourrait être utile dans certains cas de métrorragie puerpérale qui réclament les toniques.

4° Acide gallique.

M. le professeur Simpson (3) vante l'acide gallique dans la ménorragie. Comme tous les astringents, dit-il, dirigés contre la ménorragie, l'acide

(1) *Arch. gén. de méd.*, tome XIX, page 389. — (2) *Journ. de méd. et de chir. prat.*, tome 1er, page 92, extrait de *la Lancette*. — (3) *London and Edimburgh Monthly Journal.*

gallique a échoué dans quelques circonstances; mais il en est d'autres aussi dans lesquelles le succès de cette substance a été d'autant plus remarquable que la maladie avait une date plus ancienne et se présentait avec des caractères plus alarmants. M. Simpson a administré l'acide gallique dans l'intervalle des pertes, comme pendant celles-ci, à la dose de dix à vingt grains par jour sous forme de pilules. Il a été conduit à se servir de ce médicament par l'observation d'un cas de ménorragie rebelle qui ne céda qu'à l'emploi du styptique de Ruspini, dont l'acide gallique est le principal élément. M. Simpson s'est demandé si les astringents généralement usités dans la pratique, ne doivent pas plutôt leurs propriétés anti-hémorragiques à la présence de cet acide, qu'au tannin qu'ils contiennent, ou si ce tannin n'était pas changé en acide gallique par le seul fait de son ingestion dans l'économie. Quoi qu'il en soit, il l'a dès lors administré seul, et indépendamment des qualités supérieures qu'il lui a trouvées comme hémostatique, il a constaté en outre, que l'acide gallique jouissait de l'avantage de ne pas déterminer la constipation.

5° Eau de pin gommé.

M. Arthaud (1) a employé cette eau avec avantage pour combattre une métrorragie puerpérale ancienne, et qui avait été rebelle à beaucoup d'autres moyens. Cette eau ne diffère pas sensiblement de l'eau Brocchieri, elle s'obtient en traitant par vingt kilogrammes d'eau simple, dix kilogrammes de bois de pin gommé frais, sciés en rondelles minces et concassées.

6° Suc d'ortie.

M. Ginestet (2) a envoyé à l'Académie de médecine de Paris un mémoire sur l'emploi du suc d'ortie pour arrêter les hémorragies utérines. Ce

(1) *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1843, page 517, extrait du *Journal de médecine de Bordeaux*. — (2) *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1844, page 426.

suc administré à la dose de deux à quatre onces a constamment arrêté l'écoulement de sang; il le préconise comme un hémostatique précieux.

7° Bourse à pasteur.

M. Lange (1) a publié un article qui prouve que la bourse à pasteur (*theaspi bursa pastoris*) a rendu d'éminents services dans beaucoup de cas de métrorragie passive et générale. Il pourra, comme les astringents toniques que nous avons cités précédemment, être quelquefois employé avantageusement dans certains cas de métrorragie puerpérale. Voici comment M. Lange administre ce médicament : on fait bouillir une demi-poignée de la plante entière dans trois tasses d'eau jusqu'à réduction d'un tiers. La malade en prend une tasse à la fois. Or, il arrive qu'au bout d'une heure l'hémorragie diminue à ce point qu'il devient inutile, dans beaucoup de cas, de recourir à une deuxième tasse. M. Lange croit d'ailleurs devoir observer que la bourse à pasteur n'a donné lieu à aucun accident, et qu'elle s'est montrée utile alors qu'on avait employé sans résultat les astringents de toute nature.

8° La canelle.

Les médecins allemands, dans le traitement des métrorragies puerpérales, ont fréquemment recours à l'emploi de la canelle. Le docteur Schneider (2) conseille dans les cas de métrorragie la préparation suivante, qui, selon lui, jouit d'une grande efficacité.

℞ : Éther acétique ʒ is.
Teinture de canelle ℥ s.
Eau de canelle ℥ viii.
Sirop d'oranger ℥ i.

A prendre par cuillerées à bouche de demi-heure en demi-heure.
Si l'hémorragie n'est pas très-abondante, on peut tenter cette potion.

(1) *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1844, page 363, extrait du journal allemand *Medicinische Zeitung*. — (2) *Journ. de méd. et de chir. prat.*, tome 1er, page 11.

9° Ventouses.

Le docteur Gondret (1) assure avoir arrêté un grand nombre de pertes utérines par l'application de ventouses sèches et scarifiées entre les épaules; on sait qu'Hippocrate conseillait d'agir ainsi sur les seins. Si ces petites ventouses peuvent, dans certains cas produire des effets avantageux, que ne doit-on pas attendre des grandes ventouses Junod, appliquées sur les membres supérieurs! La puissante congestion dérivative que celles-ci occasionnent, est à même, en détournant le mouvement congestif du sang qui se fait vers l'utérus, de suspendre une métrorragie puerpérale peu intense. Dans la séance du 8 novembre 1840, de l'Académie royale des sciences de Paris, M. Junod a lu quelques observations en faveur de sa méthode hémospatique, dont il fit connaître les premières applications à cette Société le 25 août 1834. Depuis lors il a dû d'importants succès à ce mode de révulsion, dont le principe est entièrement conforme aux lois physiologiques; et, en effet, on ne peut pas déplacer une grande masse de sang sans déterminer de grandes modifications dans l'économie.

CHAPITRE ONZIÈME.

HYSTÉRALGIE PUERPÉRALE.

L'utérus, de même que tous les autres organes qui reçoivent des nerfs de l'appareil cérébro-rachidien, peut devenir le siége de douleurs variables par leur intensité, mais le plus souvent très-vives, sans que l'observation la plus attentive puisse faire découvrir aucune modification organique appréciable de la matrice à laquelle ces douleurs pourraient être rapportées.

C'est à cette altération de la sensibilité utérine, justement assimilée aux affections névralgiques, qu'on a donné le nom *d'hystéralgie*. Cepen-

(1) *Journ. de méd. et de chir. prat.*, tome 1er, page 11.

mesure qu'elles se répétaient. J'employai, pour les combattre, le laudanum en lavement, la décoction de feuilles d'oranger, l'éther sulfurique, *l'assa-fœtida*; ces diverses médications n'ont pas empêché les accès de se répéter; vers le huitième mois de gestation, ils devinrent intermittents; c'est alors que j'employai le sulfate de quinine, uni à l'opium; depuis l'usage de cette dernière prescription jusqu'à la délivrance elle n'a plus éprouvé qu'un léger accès qui s'est terminé par de faibles douleurs utérines avec contraction, revenant par intervalle, et qui ont duré environ dix-huit heures.

En cas de retour de l'affection nerveuse, je lui avais prescrit la potion suivante, qu'elle devait avoir chez elle, et qu'elle devait prendre par cuillerée à bouche de deux en deux heures :

℞ : Eau de tilleul. . . . . } āa ℥ iii.
— de fl. d'oranger. . }
Laud. de Sydenham. . . . ʒ i.
Sirop d'éther. . . . . ℥ i.

Plusieurs fois, pendant le neuvième mois, cette névralgie ayant voulu reparaître, une cuillère à bouche de cette potion a toujours suffi pour l'enrayer.

Elle accoucha à terme le 25 décembre 1838; son accouchement fut facile, tandis que les autres avaient été laborieux; son enfant était bien portant, les lochies ont bien coulé, les seins se sont remplis de lait, elle a nourri; tout allait bien jusqu'au huitième jour, quand, sans cause connue, elle fut prise de violentes douleurs occupant l'hypogastre, les flancs et les lombes, lui donnant la sensation d'une corde qui la serrait fortement; ces douleurs irradiaient vers l'épigastre et causaient de l'oppression; elles arrachaient à la malade des cris perçants; elle fit usage de la potion calmante sus-indiquée, elle n'en obtint aucun résultat; je lui fis appliquer dix sangsues à la vulve, qui l'ont un peu soulagée; lavements émollients, régime sévère, boissons douces, repos au lit, bandage de corps. Cet accès s'éteignit au bout de vingt-quatre heures.

Le 7 janvier 1839, au soir, il se déclara un nouvel accès plus violent que jamais, siégeant à l'hypogastre, avec sentiment de vive constriction, gêne très-grande de la respiration, constipation, diminution du lait, suppression des lochies, diminution des urines, sans fièvre, sans gonflement du ventre, se modérant par moment pour reparaître plus fort à des intervalles rapprochés; rebelle aux sangsues, il persista jusqu'au 9 vers une heure du matin; alors il se dissipa, elle dormit quatre à cinq heures.

Je la vis le 9, vers neuf heures du matin; elle n'éprouvait plus que de la sensibilité à l'hypogastre, et, de temps en temps, quelques élancements sur les côtés; son pouls était naturel, la peau sans chaleur, la langue humide, l'appétit prononcé, le ventre nullement gonflé, non plus que l'utérus; mais une nouvelle douleur s'était déclarée à la jambe droite, sur le trajet de la branche musculo-cutanée du nerf poplité externe. Vésicatoire

à chaque jambe, lavements émollients, émollients-narcotiques sur le ventre, boissons douces, régime de même nature, bains généraux.

Le 12, la douleur de la jambe continue, elle est supportable, sans rougeur ni gonflement, les lochies et le lait ont reparu, l'appétit est impérieux. Elle n'a pas employé de bains. J'accorde un peu plus d'aliments, du reste, idem. Elle se lève plusieurs fois le jour.

Elle a beaucoup mangé pendant la journée du 14; dans la nuit du 14 au 15, les douleurs quittèrent la jambe droite et le mal d'estomac reparut avec beaucoup de violence; le 15 cette douleur avait diminué, et le 20 la patiente n'en ressentait presque plus. Je fais cesser l'entretien du vésicatoire de la jambe gauche, et entretenir l'autre; régime un peu plus fortifiant; friction sur l'épigastre, deux fois le jour, avec le liniment suivant :

℞ : Huile d'amande douce ℥ is.
Laudan. de Sydenh. . ℥ s.

Le 27, les selles restent dures, elles n'ont lieu qu'à l'aide de lavements. Elle ressent quelquefois de légères douleurs à l'épigastre, mais la névralgie, quoique légère, a reparu à la jambe droite, où j'ai conseillé d'entretenir le vésicatoire, en cessant tout autre traitement.

Le 29, la guérison se soutient, et la douleur de la jambe est à peu près éteinte.

La nature de cette maladie ne nous paraît pas douteuse. Son début brusque, son retour par accès, le caractère de ses symptômes, son transport d'un organe sur un autre, celui surtout de l'utérus sur une branche nerveuse de la jambe droite; l'absence de phénomènes pathologiques après la cessation des accès sur les organes où ceux-ci s'étaient manifestés, l'efficacité de la médication anti-spasmodique; le développement immédiat de l'affection après une cinquième saignée faite en peu de temps; tels sont bien les caractères qui appartiennent aux affections nerveuses.

Cette affection, qui d'abord a commencé sous forme gastralgique, non-seulement revenait par accès, mais finit par revêtir la forme intermittente; j'ai eu recours, avec succès, à l'emploi du sulfate de quinine uni à l'opium. En cas pareil j'emploie fréquemment cette médication qui me procure les avantages les mieux marqués.

Dans l'état de gestation il est des praticiens qui pour peu qu'une femme

grosse se plaigne, lui pratiquent une saignée, attribuant à une pléthore sanguine tous les dérangements qu'elle éprouve. Cependant il est loin d'en être toujours ainsi; c'est pourquoi, dans certaines circonstances, des saignées faites à contretemps, ou un trop grand nombre de saignées faites en peu de temps, ont occasionné de graves inconvénients et pour la mère et pour l'enfant; ici, à la suite d'une cinquième saignée, la gastralgie a reparu avec intensité, et, nous ne doutons pas que cette excessive soustraction de sang en diminuant trop brusquement le système sanguin, n'ait rendu le système nerveux si prédominant, qu'avec la disposition individuelle préexistante cette exaltation nerveuse a suffi pour rappeler la gastralgie.

Au huitième mois de gestation, les premiers symptômes de l'hystéralgie se sont manifestés par des douleurs utérines, avec contraction de l'organe, revenant par accès. La potion calmante que nous avons ordonnée alors, et que nous employons fréquemment pendant les accès névralgiques tant pour en modérer les symptômes que pour en abréger la durée, a produit des effets très-favorables.

C'est le huitième jour des couches que, sans causes apparentes, un accès névralgique très-fort et très-long s'est déclaré sur l'utérus. Lorsqu'il disparut, il a laissé l'organe intact; mais nous ne doutons pas que, s'il se fut répété plusieurs fois avec autant de force, la matrice n'eût bientôt été atteinte d'affection organique.

Ce qui nous a paru le plus digne d'attention dans cette névralgie, et ce qui en a le mieux fait ressortir la nature, c'est non-seulement son déplacement d'un organe pour se porter sur un autre, mais c'est surtout le remplacement de l'affection nerveuse de l'utérus par la névralgie de la jambe droite.

§ II. *Pathologie de l'hystéralgie.*

Causes.

La névralgie utérine ne s'observe que durant l'existence de la vie sexuelle; elle est surtout commune chez les femmes nerveuses et irritables. Toutes les causes capables d'exalter la sensibilité de l'utérus peuvent

la faire naître pour la première fois, ou en rappeler les accès, si déjà ils ont eu lieu. « Les jeunes personnes, dit Jolly (1), l'éprouvent souvent à l'époque de la puberté; chez beaucoup de femmes mariées, elle accompagne chaque retour des règles, et remplace souvent le sentiment de volupté qui préside à l'acte conjugal, surtout quand celui-ci est trop souvent répété. »

La complexion nerveuse, une névralgie antécédente, l'état puerpéral, prédisposent à cette affection, que des causes occasionnelles, morales ou autres peuvent faire développer.

Comme les lochies s'arrêtent ordinairement, dit Burns (2), cette suppression a été regardée comme la cause de la douleur et des autres symptômes; mais c'est simplement un effet, et il n'existe pas toujours. L'hystéralgie est plus sujette à paraître après un travail laborieux et long qu'après un accouchement facile, mais elle peut se montrer dans tous les cas, surtout si la malade s'expose au froid.

Symptômes.

L'hystéralgie est caractérisée par des douleurs vives, aiguës, lancinantes, déchirantes, en un mot semblables en tout aux douleurs névralgiques des autres parties du corps. Comme ces dernières, elles sont irrégulières, intermittentes, offrant assez souvent une périodicité plus ou moins manifeste; elles se font sentir dans la région hypogastrique avec des irradiations dans les aînes, les parties génitales externes, la région anale, etc.

Dans quelques cas, la névralgie utérine semble liée au travail de la menstruation; elle se manifeste alors quelque temps avant l'époque des règles, et ne cesse qu'après l'accomplissement de cette fonction.

L'hystéralgie peut se montrer peu de temps après la délivrance; alors elle est marquée par une douleur intense dans le dos et le bas-ventre, un pouls fréquent et faible, des maux de cœur et des syncopes. Elle est quelquefois accompagnée d'un écoulement ou suivie de l'expulsion d'un caillot. Dans d'autres cas, quoiqu'elle soit accompagnée de violents efforts

(1) *Dict. de méd. et de chir. prat.*, tome X, page 274. — (2) Ouvrage cité, page 359.

d'expulsion, il n'y a point de caillot d'expulsé, ni autre motif de ces efforts; c'est une simple douleur, une simple irritation nerveuse. Il n'y a pas de frisson, du moins ce n'est pas un symptôme commun ; la peau est chaude, les lochies ordinairement arrêtées, et la région utérine est un peu douloureuse à la pression. Après quelques heures, l'intensité du mal diminue, et bientôt la santé se rétablit.

Les symptômes varient un peu d'intensité et de forme selon que la matrice est seule affectée, ou selon que le spasme des intestins se combine avec la douleur utérine. Elle se distingue de l'inflammation par la rapidité de l'attaque, l'absence de frisson en général, par la douleur qui devient promptement plus intense qu'elle ne l'est à la même période de l'inflammation, et fréquemment elle diminue ou cesse presque entièrement pendant un court espace de temps.

Prognostic, durée, marche et terminaison.

Cette affection se présente souvent sous forme d'accès plus ou moins fréquent. Quelquefois la marche de la maladie est intermittente; elle a alors une influence prononcée snr le traitement; sa durée varie beaucoup; généralement elle n'est pas très-longue; cependant Dugès en a rencontré un cas qui s'est montré rebelle à toute espèce de médication. Quand elle est simple, souvent elle se termine par un retour à la santé; mais il n'en est cependant pas toujours ainsi, et, dans quelques cas, certaines affections de l'utérus semblent n'être que le résultat des douleurs et la suite de l'afflux sanguin et humoral qu'elles provoquent. Lorsque cette névralgie est symptomatique, ou qu'elle est complication d'une affection utérine, elle ne peut manquer d'ajouter à la gravité de celle-ci. Cette névralgie, du reste, si on la néglige ou si on la méconnaît, peut causer promptement une inflammation, qui sera marquée par une douleur constante, plus ou moins intense suivant la partie affectée, et par une fièvre opiniâtre.

Nature de l'hystéralgie.

Comme les lochies s'arrêtent ordinairement, cette suppression a été regardée comme la cause de la douleur et des autres symptômes; mais, dit

Burns (1), c'est simplement un effet, et même elle n'existe pas toujours. « La cause, dit ce savant gynécologue, paraît consister dans un trouble d'action dans l'utérus qui occasionne le spasme des fibres utérines, et quelquefois des intestins. »

Dans l'état de gestation, le tissu nerveux de l'utérus, comme les autres systèmes constituants de cet organe, acquiert du développement, de l'activité; il devient ainsi et plus impressionnable et plus susceptible; le travail de l'accouchement, le travail que nécessitent dans le système reproducteur et le retour des organes vers leur état physiologique, et l'accomplissement des fonctions puerpérales; l'abaissement du système sanguin après la parturition, la prédominance du système nerveux général à cette époque, sont autant de causes propres à favoriser le développement de la maladie qui nous occupe. De sorte que telle cause qui, en autre temps, restera sans effet, pourra alors donner lieu à une affection de cette partie de la texture utérine.

« Il est si vrai, dit le docteur Duparcque (2), que ces douleurs vives, aiguës, sont essentiellement névralgiques, que dans les cas où elles sont liées à quelque affection de l'utérus, elles ne sont pas en rapport d'intensité avec l'étendue ni avec la nature de ces affections. Dans certains cas, celles-ci semblent n'être que le résultat des douleurs et la suite de l'afflux sanguin et humoral qu'elles provoquent. Leur marche par accès plus ou moins réguliers, et le succès des anti-périodiques viennent enfin prouver jusqu'à l'évidence leur nature essentiellement névralgique. »

Généralement le travail est accompagné d'une perte de sang souvent considérable, qui en faisant prédominer le système nerveux général, ajoute beaucoup à l'exaltation que la grossesse et l'accouchement ont apporté dans l'innervation du système générateur de la femme : aussi, la femme en couches est-elle plus impressionnable, plus sensible, plus irritable, qu'en toute autre circonstance; c'est dire que l'état puerpéral prédispose puissamment à ce genre d'affection. L'observation que nous avons rapportée, et dans laquelle la névralgie, après avoir débuté par l'estomac, fut attirée sur

(1) Page 359. — (2) *Maladie de la matrice*, tome Ier, page 80.

l'utérus par les motifs précédents, et s'est ensuite transportée sur la branche musculo-cutanée du nerf poplité externe, prouve, plus que tous les raisonnements et les considérations, la nature névralgique de la maladie. L'efficacité des anti-spasmodiques réunis aux anti-périodiques ajoute encore à ce degré de certitude.

Nous disions tout-à-l'heure que la perte du sang qui, dans l'espèce humaine, accompagne et suit le travail de l'accouchement, et qui généralement est assez considérable pour que presque toutes les femmes qui relèvent de couches, offrent une teinte plus ou moins chlorotique, augmentait dans l'utérus la disposition que la grossesse et le travail lui ont donnée aux affections nerveuses, par cela même que cette cause faisait prédominer le système nerveux général ; or, l'observation que nous avons relatée, vient encore en aide à cette opinion. En effet, n'avons-nous pas vu cinq saignées faites pendant les cinq premiers mois de la gestation, devenir cause du retour d'une gastralgie qui était guérie depuis longtemps ? et n'est-ce pas en diminuant le système sanguin à l'avantage du système nerveux que cette attaque a eu lieu ?

Thérapeutique.

Lorsque l'hystéralgie sera symptomatique d'une affection organique de la matrice et que les douleurs névralgiques ne seront pas trop intenses, en général le traitement de l'affection principale suffira pour dissiper l'affection symptomatique. Quelquefois cependant, cet élément nerveux de la maladie d'un autre système, peut rendre celle-ci opiniâtre, elle peut être cause de l'inefficacité des médications les plus rationnelles ; alors, comme quand son intensité a atteint un haut degré, Lisfranc et beaucoup d'autres se sont bien trouvés, tout en employant les médications réclamées par la lésion organique, de leur adjoindre celle que réclame la lésion vitale. C'est souvent en diminuant l'innervation exagérée d'un organe, en abaissant sa sensibilité, que l'on est parvenu à déterminer la résolution, à provoquer une marche favorable dans une affection organique rebelle jusque-là. Cette combinaison de deux médications différentes est si souvent indiquée, si souvent nécessaire et utile, que, dans la pratique, on

rencontre rarement un cas assez simple pour ne pas devoir adjoindre à la médication essentielle d'autres moyens accessoires. C'est surtout pour le système utérin que cette réunion est souvent nécessaire.

Si la névralgie se manifestait comme complication, et que son développement ajoutât au mal préexistant, dès lors il ne faudrait pas hésiter à recourir immédiatement aux remèdes qu'elle réclame ; mais, dans les affections organiques de l'utérus comme dans celles de beaucoup d'autres organes qui se montrent opiniâtres, l'intervention d'une affection nerveuse, surtout revêtant une marche intermittente, a plus d'une fois apporté dans la maladie primitive une modification avantageuse, et dans le traitement des indications positives et faciles à exécuter. On dirait que la névralgie s'est emparée de l'autre élément maladif, qu'elle le domine, le gouverne, et qu'en disparaissant tout disparaît avec elle. Dans ces cas, il ne faut pas apporter trop de précipitation dans l'emploi des moyens curatifs, il faut savoir attendre que la maladie soit une dépendance de l'affection secondaire, que le moment soit opportun; alors la médication, qui guérira celle-ci, fera aussi disparaître l'autre. Cette influence particulière se remarque aussi pour certains états pathologiques généraux; c'est ainsi qu'une fièvre intermittente que bien des auteurs rattachent à une altération de l'innervation, a produit de semblables effets sur la marche de bien des maladies organiques; mais ici, comme pour l'hystéralgie, si vous combattez trop tôt la maladie intercurrente, vous laissez subsister l'affection organique.

Lorsque l'hystéralgie sera essentielle, simple, alors son traitement devra varier selon qu'il sera employé pendant l'accès ou dans l'intervalle qui le sépare.

Traitement de l'accès.

Nous avons vu que la névralgie utérine se composait d'accès plus ou moins intenses, plus ou moins longs, plus ou moins réguliers et fréquents. Or, quand ils seront réguliers et pas trop intenses, quand ils seront irréguliers et faibles, ils ne réclameront aucune médication spéciale. Il en sera tout autrement, lorsqu'ils seront longs et forts; alors leur

intensité, leur durée, détermineront facilemeut des congestions, des engorgements, des inflammations de l'organe qui en est le siége, en y altérant une plus grande quantité de sang et en activant la circulation artérielle; si, à la suite d'un premier accès, la résolution de l'engorgement qu'il a provoqué a lieu, il se peut qu'à la suite d'un deuxième ou d'un troisième, il reste de l'engorgement et que l'inflammation s'établisse pour avoir des suites plus ou moins graves.

Il est donc essentiel de chercher à diminuer et l'intensité et la durée de semblables accès, si l'on veut éviter de semblables conséquences; or, il est rationnel d'avoir recours à un traitement que l'on pourrait nommer palliatif, et qui sera mis en usage pendant la durée des douleurs névralgiques. Les quarts de lavements faits avec une décoction de têtes de pavots blancs, de morelle, etc., ceux d'amidon auxquels on ajoute le laudanum de Sydenham, des cataplasmes narcotico-émollients sur l'abdomen, des frictions sur la même région avec le liniment suivant :

℞ : Baume tranquille . . . . ℥ iv.
Huile fraîche de jusq. . ℥ ii.
Laud. de Sydenh. . . . ℥ i.

Les rubéfiants aux extrémités inférieures; les bains généraux simples, ou rendus anodins soit avec le pavot, la morelle, etc., l'eau fraîche pour boisson, et la potion suivante qui nous a souvent produit de bons résultats :

℞ : Eau de tilleul. . .
— de camom. . } aa ℥ ii.
— de menthe. .
— de fl. d'or . .
Laud. de Sydenh. . . . ʒ s.
Sirop d'éther. . . . . ℥ i.

A prendre par cuillerée toutes les heures, ou les deux heures, selon les circonstances.

J'ai plus d'une fois vu agir comme excellent palliatif l'emploi de la chaleur artificielle, du son chaud mis entre deux linges, d'un sac à farine bien chaud, etc.

La ventouse sèche *loco-dolenti* m'a quelquefois aussi réussi. On pratique aussi des injections avec la décoction de plantes narcotiques, telles que la jusquiame, la belladone, la morelle, etc.

Le chloroforme administré à l'intérieur et en frictions sur l'hypogastre pourrait également rendre d'utiles services.

Traitement dans l'intervalle des accès, ou curatif.

Lorsque la névralgie sera intermittente, et qu'il sera jugé utile de la combattre, il faudra, sans perdre de temps, recourir à la médication convenable, car il n'est que trop souvent arrivé que la marche d'une névralgie n'offrait d'intermittence que pendant quelque temps, et reprenait ensuite la forme irrégulière; or, dans le premier cas, les succès de la médication anti-périodique sont presque assurés, tandis que, dans le second, ils sont généralement nuls ou peu significatifs. Cependant, telle est parfois l'opiniâtreté de ce genre d'affection, que le praticien doit se compter heureux de lui voir revêtir la forme intermittente pour en déduire son traitement; alors il sera en droit d'espérer un prompt succès; tandis que, dans la forme irrégulière, il est souvent arrivé que les nombreux remèdes conseillés pour la combattre et sagement employés, ont tous échoué. Dans les névralgies intermittentes, le traitement qui m'a le mieux réussi est le suivant : infusion légère de valériane, de fleurs ou de feuilles d'oranger, de fleurs de tilleul; régime analeptique sans être excitant; éloigner autant que possible les causes prédisposantes et occasionnelles; surveiller attentivement les fonctions de la peau, des seins, de l'utérus, de la vessie et du rectum, et faire prendre, pendant l'intermittence, trois des pilules suivantes :

℞ : Sulf. de quin. gr. iij.
Extr. gomm. d'op. gr. 1/2.
— de valer. q. s.
pour f. une pil.

Lorsque l'affection offrira une marche irrégulière, tout en employant la médication palliative prédécrite, on employera à l'intérieur, les diverses préparations d'opium, les diverses préparations calmantes et antispasmodiques; ce n'est souvent qu'après avoir essayé l'emploi d'un nombre plus ou moins considérable de ces agents thérapeutiques, que l'on arrive à celle qui convient à la malade; car, il faut bien en convenir, cette espèce d'affection offre le plus de particularités individuelles tant sous le rapport pathologique que sous celui de la thérapeutique.

Quoi qu'il en soit, un remède qui m'a souvent produit de grands avantages dans le traitement des névralgies viscérales à marche irrégulière, ce sont les pilules de Méglin administrées à la dose d'une par jour pendant quatre jours, deux les quatre jours suivants, en augmentant ainsi d'une jusque quatre par jour.

J'ai rarement rencontré des individus qui ne les supportassent pas bien à cette dose et suivant cette méthode ; j'en ai souvent obtenu les plus beaux succès, jamais d'accidents.

Le valérianate de zinc et le valérianate de quinine, sont des médicaments nouveaux que je n'ai pas assez expérimentés pour leur accorder sur les autres de la même classe cette préférence engouée que l'on a coutume d'attribuer aux nouveaux remèdes. Je me bornerai à dire d'eux, comme de tous les agents thérapeutiques de découverte nouvelle, qu'il est bon de les expérimenter, mais qu'avant d'avoir sur leur efficacité une opinion arrêtée, il faut savoir attendre les résultats de l'expérience, qui, si souvent a démoli des opinions prématurées, engouées, mal assises, et a déçu bien des espérances.

Telle est la bizarrerie des affections nerveuses que, dans certains cas et après s'être montrées rebelles aux médications rationnelles, je les ai vues céder aux antiphlogistiques et aux dérivatifs, qui, d'autres fois, semblent les exciter.

Dans les névralgies organiques, j'ai trop souvent retiré des avantages marqués des purgatifs, pour ne pas dire quelques mots de cette puissante médication. Lorsque l'état puerpéral le permettra, c'est-à-dire lorsque l'on sera parvenu à une époque assez éloignée de l'accouchement pour qu'il n'y ait

plus rien à redouter de l'action locale des purgatifs, l'on pourra, par déduction et avec espérance de succès, recourir à ces moyens thérapeutiques lorsque l'affection se sera montrée rebelle aux médications rationnelles.

Avant de terminer, je ferai observer que l'utérus reçoit des nerfs du grand sympathique, mais qu'il en reçoit aussi de la moelle épinière; or, dans certains états pathologiques de ce cordon, j'ai vu si souvent se manifester des douleurs névralgiques dans les organes où se rendaient les nerfs venant de la partie souffrante de la moelle épinière, et, par conséquent, constituer une névralgie symptomatique, que je ne doute pas que la même chose ne puisse avoir lieu pour l'utérus; dans ce cas, l'on comprend que c'est en s'adressant à l'affection médullaire que l'on fera disparaître ses symptômes éloignés.

« La première chose à faire, dit Burns (1), c'est d'administrer un lavement purgatif pour dégager les intestins, ensuite on fera des fomentations et on appliquera un cataplasme chaud. Si l'on n'obtient pas un prompt soulagement, il faut tirer du sang et faire une injection anodine; ensuite on donnera à haute dose le julep salin, avec addition d'un peu de vin antimonié, pour provoquer une forte transpiration. Les purgatifs sont utiles, et un linge imbibé d'huile de térébenthine devra être appliqué sur la partie douloureuse du ventre. Si le cataplasme n'apporte aucun soulagement, une combinaison des méthodes calmante et évacuante répond souvent mieux à nos désirs, que l'une d'elles séparément. »

CHAPITRE DOUZIÈME.

PHLEGMASIA ALBA DOLENS.

La définition de cette maladie présente d'assez grandes difficultés. Les lésions que l'on trouve à l'autopsie sont, en effet, nombreuses, et, pour les

(1) Ouvrage cité, page 389.

comprendre toutes dans une même définition, il faudrait donner une description de la maladie elle-même. « Réduite à sa plus simple expression, dit Valleix (1), cette affection n'est autre chose qu'une phlébite; mais il faut ajouter que cette phlébite s'accompagne de gonflement, d'infiltration de sérosité limpide ou purulente, de douleur dans le membre affecté, pour avoir une idée à peu près exacte de la maladie. »

« Sous la dénomination de *phlegmasia alba dolens,* dit Jourdan (2), qui signifie œdème blanc douloureux, on désigne particulièrement un gonflement aigu et douloureux des membres abdominaux, dont les femmes sont quelquefois atteintes à la suite des couches, et qui est accompagné d'une réaction fébrile plus ou moins violente, présentant, dans certains cas, la forme adynamique, putride ou typhoïde. Ce gonflement n'affecte quelquefois qu'un seul membre; il peut se manifester aussi sur d'autres parties; et dans d'autres cas que celui de suite de couches; on peut également l'observer chez les hommes, car il n'est sans doute que le résultat d'une phlébite.

Dans les premiers temps, on ne connaissait cette maladie que sous les noms d'œdème des nouvelles accouchées, d'œdème douloureux des femmes en couches, d'engorgement des membres abdominaux chez les femmes en couches, de dépôts laiteux, ou d'engorgements laiteux, de cruretis, de phlébite crurale. « Peut-être, dit Valleix, vaut-il mieux jusqu'à nouvel ordre, conserver à cette maladie le nom de *phlegmasia alba dolens* généralement admis, tout en tenant compte des observations importantes faites par les auteurs modernes. »

La fréquence de cette affection n'a guère été recherchée que chez les femmes en couches, et, sur ce point, les divers observateurs sont arrivés à des résultats fort différents. Ainsi, tandis que M. Velpeau a vu la maladie se produire cinq fois sur environ quatre-vingts femmes accouchées dans l'ancien hôpital de la Faculté de Paris, White ne l'a observé que cinq fois sur dix-huit cent quatre-vingt-dix-sept femmes accouchées au dispensaire de Westminster. On ne peut encore rien conclure de ces statistiques, dit

(1) Ouvrage cité, page 858. — (2) *Dict. de méd.*, par Nysten, page 638.

Valleix, qui ont besoin d'être continuées jusqu'à ce qu'on ait un nombre très-considérable de faits.

§ I^er^. *Clinique de la phlegmasia alba dolens.*

QUARANTE-HUITIÈME OBSERVATION. *Phlegmasie blanche, suite des couches.* — La femme Jordan de Pernelle, âgée de trente-sept ans, de taille moyenne, ayant assez d'embonpoint, tempérament non dessiné, ménagère, habituellement bien portante et bien réglée, est accouchée de son second enfant le 14 février 1849. Sa grossesse a été assez pénible, elle a éprouvé, pendant les quatre derniers mois de gestation, des accès de gastralgie fort douloureux, contre lesquels la saignée n'eut aucun avantage, et qui cédèrent à la potion suivante :

℞ : Eau de camomille
— de fl. d'or. } aa ʒ ii.
— de menthe.
Laud. Sydenham. . . ʒ s.
Sirop d'éther. . . . . ʒ i.
A prendre trois cuillerées par jour.

L'accouchement s'est opéré naturellement, le flot de sang ainsi que les lochies sanguines furent assez abondants, les tranchées utérines légères, bien qu'il soit sorti de l'utérus des caillots assez volumineux; la fièvre de lait fut légère, la sécrétion laiteuse s'est bien établie, elle allaite son nourrisson. Les sueurs puerpérales furent insignifiantes. Enfin, les suites de couches marchaient bien régulièrement quand, le cinquième jour elle a eu un peu de frisson suivi d'une légère réaction qui s'est passée sans autre incommodité.

Le troisième jour des couches, elle s'est levée pour refaire son lit; elle a ressenti de la douleur dans les deux jambes, douleur qu'elle attribuait aux violents efforts auxquels elle s'était livrée pendant le travail de l'accouchement; aussi n'y fit-elle pas attention.

Le quatrième jour, elle s'est encore levée un instant; cette fois, elle n'a plus rien ressenti aux jambes.

Le cinquième jour, elle s'est encore levée et, cette fois, elle a ressenti une douleur assez vive dans la partie externe du mollet gauche, douleur qui diminuait par le repos au lit. Cette douleur s'est étendue jusqu'au jarret, mais n'a pas augmenté d'intensité; elle s'est accompagnée d'un gonflement peu dur, sans changement de couleur à la peau; la pression est douloureuse.

Le huitième jour, cataplasme, boissons douces, repos au lit, régime doux.

Le onzième jour, la douleur et le gonflement persistent et ne semblent n'avoir d'autre influence sur le reste de l'économie que celle qu'ils exercent sur la secrétion urinaire qui

est diminuée; il lui semble que moins elle urine, plus elle souffre. Émollients, chiendent nitré, régime doux.

Le douzième jour des couches, je vis cette malade : depuis hier, les douleurs, qu'elle ressentait à la jambe gauche, sont beaucoup diminuées, ainsi que le gonflement de cette extrémité; les urines restent rares et rouges, les lochies sont blanches et coulent régulièrement; la santé, du reste, est bonne; elle me dit que quand elle veut se lever, sa jambe malade lui semble fort lourde et qu'elle ne peut appuyer que bien faiblement sur ce pied, tellement la marche et la position déclive de ce membre la font souffrir; elle croit qu'aujourd'hui ces phénomènes seront beaucoup moindres; hier encore la pression sur le jarret était fort douloureuse; aujourd'hui elle y ressent à peine un peu de sensibilité; elle est sans fièvre, sans frisson et sans sueurs; le pied et la jambe gauches, ainsi que le jarret du même côté sont gonflés, œdémateux, sans changement de couleur à la peau. J'applique le bandage roulé. Du reste idem.

Le dix-huitième jour, guérison.

A en juger par le petit nombre d'exemples de *phlegmasia alba dolens* qui se sont présentés à notre observation, nous croyons la statistique de White plus rapprochée de la vérité que celle de M. Velpeau; c'est même faute de faits plus importants que nous nous sommes décidé à faire connaître celui-ci, qui n'a d'autre importance que de montrer la maladie dans sa plus grande simplicité et dans l'état le plus léger qu'elle puisse offrir.

§ II. *Pathologie de la phlegmasia alba dolens.*

Malgré les nombreux travaux des anciens, et surtout les recherches d'anatomie pathologique des modernes sur cette affection et sur beaucoup d'autres avec lesquelles elle offre plus ou moins d'analogie, telles que l'inflammation du tissu cellulaire, la phlébite, l'angéiolémite, cette maladie, qui n'est pas très-commune, laisse encore beaucoup à désirer sur sa nature et sur sa thérapeutique; aussi, voit-on, sur le premier point, les principaux auteurs varier d'opinion, et, sur le deuxième, préconiser les médications les plus diverses. Profitant de nos connaissances acquises, tant sur l'état physiologique que pathologique des femmes en couches; mettant aussi à profit les faits et les opinions des auteurs anciens et modernes, nous allons essayer de tracer un tableau pathologique aussi complet que possible de cette affection.

Étiologie.

L'état puerpéral est de toutes les conditions de la femme celle où la *phlegmasia alba dolens* s'est toujours montrée le plus fréquemment; cet état est donc une des causes prédisposantes les plus puissantes de cette maladie. Si l'on considère, en effet, les difficultés qu'éprouvent les circulations veineuse et lymphatique des membres inférieurs pendant la grossesse, surtout à la fin de la gestation (ce que prouvent suffisamment les dilatations variqueuses des veines de ces parties, leur engorgement œdémateux), troubles occasionnés par la compression qu'exerce sur leurs troncs principaux l'utérus gravide; si l'on réfléchit que du ralentissement de ces deux circulations il résulte, d'une part, congestion passive dans les capillaires des extrémités pelviennes, de l'autre, épanchement de sérosité plus ou moins considérable, et que cette pléthore locale des fluides blancs aussi bien que des fluides rouges dispose à l'inflammation non-seulement les vaisseaux qui les contiennent, mais encore le tissu cellulaire de ces parties, dont les mailles sont elles-mêmes plus ou moins distendues par la sérosité, l'on aura déjà en partie l'explication de cette prédisposition puerpérale. Mais si l'on joint aux considérations précédentes, celles qui concernent le travail et ses suites, on aura le complément de l'explication. En effet, pendant le travail, non-seulement les membres inférieurs sont exposés aux efforts et à la rupture de fibres musculaires, aux froissements, aux contusions qui peuvent en déterminer l'inflammation, mais encore les lésions de l'utérus, du vagin, de la vulve, du périnée, celle des symphyses pelviennes, peuvent entraîner à leur suite la phlegmasie blanche. Et, lorsque la femme est délivrée, s'il vient à se développer l'une ou l'autre des affections utérines puerpérales que nous avons décrites, la lymphangite, la phlébite, le ramollissement, l'inflammation, la suppuration, l'infection purulente, etc., il est facile de concevoir l'extension de l'une ou l'autre de ces affections aux membres pelviens, soit par sympathie de tissu, soit par contiguïté, soit par continuité, soit par infection des liquides, et comme l'état puerpéral dispose à toutes ces affections, que c'est pendant sa durée que celles-ci sont les plus communes et souvent les

plus intenses, l'on comprend pourquoi cet état est si favorable au développement de la phlegmasie blanche.

Si l'on a remarqué que la phlegmasie blanche pouvait se terminer par une névrite, nous croyons aussi que la névrite, à son tour, peut se terminer par une phlegmasie blanche (le cas rapporté par M. Marinus dans les Annales de la Société de médecine de Gand, nous semble en être un exemple). Or, s'il en est ainsi, l'on s'explique d'une part, comment certains auteurs ont confondu ces affections, d'autre part, comment la sciatique, qui n'est pas rare pendant la gestation et qui persiste souvent quelque temps après, peut devenir cause du développement de la phlegmasie blanche.

Et la composition du sang pendant l'état puerpéral, dont la fibrine offre un chiffre si élevé, ne peut-il avoir aucune influence sur la production de cette maladie? Si l'on considère qu'un tel état du sang est une cause prédisposante très-active d'inflammation aiguë, que, sous son influence, une cause occasionnelle, même très-légère en apparence, peut donner lieu à la phlogose de telle partie du corps que ce puisse être, l'on concevra que, par cela seul, cet état phlogistique du sang doit entrer parmi les causes prédisposantes de l'œdème douloureux des nouvelles accouchées. De plus, le contact, avec la membrane interne des veines, du fluide sanguin ainsi constitué n'exerce-t-il aucune influence pathologique sur les vaisseaux qui le charrient aussi lentement que les veines, avec lesquelles son contact est toujours plus ou moins prolongé? La chose est probable, mais, avant de se prononcer à cet égard, il faut savoir attendre des faits, sur lesquels, jusqu'à cette heure, l'attention n'a été que faiblement portée.

Relativement à la phlegmasie des femmes en couches, dit Valleix (1), on a signalé comme causes prédisposantes les manœuvres intempestives faites dans l'accouchement, les saisons froides et humides, les écarts de régime, etc. M. Velpeau a noté une circonstance qui pourrait paraître remarquable quant à la production de cette maladie, mais qui, examinée de

(1) Page 559.

près, n'est en réalité digne d'attention que quant à l'inflammation suppurée qu'il a rencontrée dans les articulations du bassin. C'est que dans trois cas où la maladie s'est déclarée à gauche, l'enfant était venu en première position, c'est-à-dire que l'occiput correspondait à la cavité cotyloïdienne gauche; la pression exercée par la tête du fœtus n'a pas favorisé le développement de la phlegmasie blanche, mais bien celui de l'inflammation articulaire; ce n'est donc qu'accidentellement que cette cause a prédisposé à la maladie. Nous pourrions en dire autant des autres.

Cette maladie, qui a été rencontrée, rarement à la vérité, chez la femme dans d'autres états qu'à la suite des couches, a été aussi observée chez l'homme; j'ai eu occasion de la voir trois fois, même une fois chez un jeune enfant.

C'est presque toujours aux membres inférieurs qu'on l'observe, bien que plusieurs cas sembleraient prouver que les membres supérieurs n'en sont pas toujours exempts.

Causes occasionnelles.

Plusieurs des causes prédisposantes peuvent devenir causes occasionnelles : ainsi les écarts de régime, l'action du froid et de l'humidité, etc., un exercice trop hâtif après l'accouchement, la propagation d'une inflammation voisine aux veines du bassin. Quelquefois le développement de la maladie est spontané, d'autres fois il a lieu sans qu'on puisse lui assigner aucune cause.

Au reste, dit Valleix, sous ce rapport la phlébite qui donne lieu à la phlegmasia ne diffère pas sensiblement de la phlébite ordinaire. Chez les hommes comme chez les femmes on a vu la maladie occasionnée par un cancer du rectum (Lawrence), par l'introduction d'une sonde dans la vessie, donnant lieu à une inflammation des veines de la prostate, qui s'est ensuite étendue (Cruveilhier) à des blessures des veines, à des ulcérations intestinales (R. Lee). J'ai aussi rencontré un cas de ce genre chez un homme adonné aux boissons spiritueuses, et qui depuis cinq à six mois, était atteint d'un dévoiement de matières mucoso-bilieuses, mélangées quelquefois d'un peu de sang, et souvent de pus.

Symptomatologie.

D'après les observations rassemblées par M. Duplay, et qui portent principalement sur l'œdème des nouvelles accouchées, la maladie peut débuter par des frissons plus ou moins violents, plus ou moins répétés, ou bien par la douleur locale, dont le siége est alors dans un des côtés du bassin. Lorsque l'affection occupe une autre partie du corps, le membre supérieur, par exemple, le début peut être le même; seulement les symptômes locaux se montrent dans un point quelconque de la hauteur du bras. Ces symptômes commencent par une douleur qui, le plus souvent fixée dans le ventre, s'étend ensuite aux membres, et parfois on a pu soupçonner alors le début d'une péritonite. Enfin on a cité des cas, où la *phlegmasia* s'est montrée dans un membre avec tous ses caractères, sans avoir présenté des symptômes généraux, et sans que les symptômes locaux aient débuté dans l'abdomen. « J'en ai, dit Valleix (1), maintenant sous les yeux un exemple, chez une femme affectée de tumeur de l'ovaire et chez laquelle la phlegmasia a commencé évidemment par une phlébite des veines superficielles de la cuisse. » La maladie débute ordinairement vers le sixième ou septième jour après la délivrance, lorsque la sécrétion du lait est bien établie; elle se déclare quelquefois plus tard, au deuxième ou au troisième septenaire, et même à la sixième semaine après l'accouchement. D'après Paul Dubois, c'est en général quinze à vingt jours après que les femmes ont été délivrées que cette maladie débute. Généralement, dit le même auteur, l'œdème des femmes en couches est précédé de symptômes d'inflammation locale du bassin; quand ceux-ci n'existent pas, il y a au moins un trouble dans la santé générale, de la faiblesse, de la prostration, des nausées, un état sabural de l'estomac.

La douleur est un des symptômes les plus constants de la *phlegmasia alba dolens*. Elle varie dans sa forme, son intensité et son siége. Tantôt aiguë, lancinante, tantôt sourde, profonde, quelquefois semblable à un

(1) Page 559.

engourdissement, elle peut occuper toute l'étendue du membre, ou rester bornée à un point assez limité. Mais toujours, chose digne de remarque, elle suit le trajet des vaisseaux cruraux. Quand elle est limitée, c'est souvent au pli de l'aîne, dans l'espace poplité et au mollet qu'on la trouve. Cette douleur, qui est plus vive lorsque l'extrémité affectée est dans l'extension que quand elle est dans la flexion, augmente vite d'intensité. Les mamelles s'affaissent et les lochies se suppriment. Un ou deux jours plus tard, dit Marinus (1), la douleur s'appaise et la cuisse se gonfle. Alors la douleur se manifeste à la jambe où elle a principalement son siége à la partie interne, dans le jarret et au mollet; deux jours après la douleur se calme et le gonflement survient. Le pied devient à son tour le siége de la douleur, puis il se tuméfie comme la cuisse et la jambe. La tuméfaction s'établit donc, comme dans la douleur, de haut en bas; elle augmente progressivement jusqu'au huitième ou dixième jour. A cette époque toute l'extrémité est œdématiée, et le gonflement s'étend souvent à la grande lèvre du côté affecté, et même à la hanche et à la fesse; il est tel que, dans certains cas, le membre acquiert le double de son volume normal. Le développement de la douleur et du gonflement ne se fait cependant pas toujours ainsi progressivement; il est des cas dans lesquels il a lieu d'une manière rapide et simultanée. Généralement, dit Paul Dubois, la douleur et le gonflement commencent par la cuisse, puis ils s'étendent au genou, à la jambe, au pied. Mais il est des cas où le gonflement se borne à la cuisse et au mollet. L'impression du doigt reste au commencement de la maladie et ne s'obtient pas plus tard; quelquefois cependant on ne l'observe pas du tout. Ce gonflement est un symptôme constant de la maladie; il est rare qu'il commence à se montrer ailleurs que dans le point occupé par la douleur. Quelquefois, cependant, il envahit une partie assez éloignée, mais toujours entre le point douloureux et les dernières ramifications veineuses. De quelque manière qu'il commence, il ne tarde pas à gagner toute la partie du membre située au-dessous du point affecté. Il procède presque toujours dans sa marche de ce point vers les extrémités. Il ne diminue pas

(1) *Annales de la Soc. de méd. de Gand*, 1840, page 11.

par une position horizontale, et n'augmente pas si on place le membre dans une position verticale. Si on pratique à la peau des scarifications avec la lancette, il ne s'en écoule que quelques gouttes de sérosité, ce qui est bien différent de ce que nous remarquons dans l'anasarque, à la suite de la même opération. Quand le gonflement est considérable, alors la partie malade est tendue; la peau qui la recouvre est blanche, lisse. Lorsque l'inflammation des vaisseaux n'occupe qu'un point limité, l'œdème, qu'on observe à l'extrémité du membre, diffère beaucoup moins de l'œdème ordinaire que celui qui occupe les environs de la partie enflammée.

Sur la couleur d'un blanc mat que présente la peau, on voit souvent des bandes rougeâtres le long des vaisseaux, ou bien des taches rouges. Le docteur R. Lee y a vu des vésicules noirâtres, et M Salgens a noté l'apparition de phlyctènes qui, en se rompant, laissaient voir le derme sphacélé; mais dans le plus grand nombre des cas, la peau ne présente point d'altération sensible, à moins que la pression du membre sur le lit n'en ait occasionné l'inflammation, ce que l'on remarque quelquefois, surtout au talon.

Le plus souvent la chaleur de la peau est augmentée dans les points occupés par l'œdème. Ce symptôme s'observe surtout dans les cas où celui-ci s'est développé rapidement, où il est très-douloureux, et où les lésions inflammatoires sont multipliées.

Déjà Levret, Gardien et plusieurs autres avaient constaté l'existence d'un cordon dur, noueux, douloureux, le long du trajet des vaisseaux cruraux; mais ils n'avaient point, dit Valleix, attribué l'existence de ce cordon à l'inflammation et à l'induration des veines; car ils le regardaient comme le résultat de l'inflammation des lymphatiques superficiels. L'existence de ce cordon, dit le même auteur, est un des signes les plus importants de la maladie. Tantôt il suit assez exactement le trajet de la veine fémorale, tantôt il est très-sinueux et occupe alors les veines superficielles. Ce cordon est un indice évident de la phlébite et de la coagulation du sang dans la veine. Dans quelques cas, et M. Lugol (1) en a cité un

(1) *Journal des progrès*, tome XIV.

exemple remarquable, presque toutes les veines d'un des membres inférieurs deviennent aussi dures et noueuses dans une grande étendue; dans d'autres, au contraire, un point assez limité est occupé par la phlébite.

La douleur, dit Marinus (1), est facilement réveillée par la pression des doigts à la partie interne de la cuisse et de la jambe, où l'on sent une corde douloureuse offrant quelquefois de petits renflements, formés par les vaisseaux lymphatiques enflammés et engorgés de lymphe, dont la circulation est empêchée par l'inflammation des ganglions lymphatiques de l'aîne, également très-douloureux. Lorsque ce sont les vaisseaux lymphatiques de la couche superficielle qui sont atteints, on remarque souvent, le long de leur trajet, une ligne rougeâtre en forme de ruban et ayant l'apparence d'une inflammation érysipélateuse. La couche profonde est-elle seule affectée, cette ligne n'existe pas. Les deux couches des lymphatiques sont ordinairement atteintes à la fois. Les glandes lymphatiques de la fosse iliaque interne, de l'aîne et du jarret sont dures, tuméfiées et douloureuses. La vivacité de la douleur est en raison de l'intensité de l'inflammation et de la susceptibilité de la malade. Mais comment peut-on se rendre compte du gonflement si rapide du membre sans symptômes inflammatoires à l'extérieur? Gardien (2) donne de ce phénomène une explication très-satisfaisante et parfaitement en rapport avec les lois de la physiologie. « Le gonflement et l'infiltration séreuse qui surviennent, dit-il, sont d'accord avec la nature et les fonctions des glandes lymphatiques. Lorsque les glandes sont obstruées, le liquide, qui ne peut pas les traverser, engorge et distend les lymphatiques; les vaisseaux distendus ne peuvent plus se débarrasser, sont incapables de pomper les liquides, qui laissent exsuder les vaisseaux exhalants. La lymphe non absorbée remplit peu à peu les cavités aréolaires du tissu cellulaire, les dilate et donne lieu à l'anasarque. On sait que l'hydropisie trouve souvent sa source dans une lésion des glandes ou dans une compression qui s'oppose au retour des fluides extravasés. Inflammation de quelques glandes, imperméabilité de ces organes au

(1) Ouvrage cité, page 41. — (2) *Traité des accouchements et des maladies des femmes*, tome III, page 356.

fluide qui doit traverser pour se rendre au canal thoracique ou dans les veines, distension des vaisseaux dans lesquels le liquide s'accumule; impossibilité de la part des absorbants, lorsque la distension est portée au dernier degré, de pomper la lymphe qui s'épanche dans l'intérieur du tissu cellulaire par les vaisseaux exhalants; apparence d'anasarque que présente la maladie à raison de la rétention de cette humeur dans le tissu cellulaire; tels sont les phénomènes que présente l'engorgement des membres abdominaux à la suite des couches. »

Parfois on voit des abcès se déclarer dans le membre affecté; un érysipèle, des eschares gangréneuses peuvent s'y montrer, et la maladie acquiert alors une gravité non douteuse.

La *phlegmasia alba dolens* est accompagnée d'une fièvre plus ou moins intense, avec redoublement et paroxysme le soir; elle présente, dans la plupart des cas, le type intermittent. Le pouls, petit et fréquent, varie entre 90, 100 et 130 pulsations à la minute. La peau est, par moment, sèche et brûlante; d'autres fois elle est moite ou inondée d'une sueur abondante. La langue est sèche, il y a anorexie, éructations, douleurs à l'épigastre ou à la poitrine, soif intense. Les urines sont rares, épaisses et déposent un sédiment blanchâtre.

Marche, durée et terminaison de la maladie.

La marche de la *phlegmasia alba dolens* est continue; mais, dans certains cas, tel que celui rapporté par M. Marinus, elle offre une rémittence prononcée qui réclame l'emploi du sulfate de quinine, comme l'a fait avec succès ce savant praticien. La marche des premiers symptômes, c'est-à-dire des symptômes réellement inflammatoires, est ordinairement rapide. Il n'en est pas de même des symptômes consécutifs, de l'œdème, des infiltrations séreuses ou séro-purulentes, des abcès du membre, etc., qui peuvent persister longtemps. Il en résulte que la durée de l'affection ne saurait être indiquée d'une manière précise. On l'a vu se dissiper en vingt ou trente jours, ou durer plusieurs mois. Ce qui, dans certains cas, augmente beaucoup la durée de la maladie, c'est son passage d'un membre à l'autre. Ce fait a été observé maintes fois, sans

qu'on ait pu trouver dans les veines du bassin des traces de la progression du mal.

Souvent cette affection se termine par résolution. En pareil cas la douleur diminue d'abord; le mouvement fébrile tombe, et le malade peut imprimer de légers mouvements au membre, sans souffrir beaucoup. La douleur à la pression persiste cependant encore, mais à un bien moindre degré, puis le gonflement diminue, et l'on a remarqué que cette diminution a lieu d'abord dans la portion du membre affecté le premier; ensuite s'il ne survient pas de nouveaux accidents, le membre revient peu à peu à son état naturel, sauf toutefois le point occupé par le cordon noueux induré qui ne s'assouplit que très-lentement, et dont les nodosités peuvent encore être senties longtemps après qu'une diminution notable de l'œdème a annoncé la cessation de l'inflammation; il arrive que la résolution se fait très-rapidement, mais assez souvent alors la maladie se porte sur le membre du côté opposé. Les mêmes symptômes se manifestent, et quelquefois cette deuxième attaque est plus grave que la première. Alors toute douleur cesse dans le membre primitivement affecté. Rarement l'engorgement occupe les deux extrémités à la fois; mais on l'a vu parcourir successivement les extrémités inférieures, puis les extrémités supérieures.

Lorsque le cordon veineux ou lymphatique reste ainsi dur, volumineux et, par conséquent obstrué, on aurait peine à comprendre la diminution de l'œdème, si, dans un certain nombre de cas, on n'observait une circulation latérale plus ou moins manifeste.

A mesure que l'œdème diminue, on voit la partie tuméfiée conserver plus facilement l'empreinte du doigt, et l'infiltration prendre, par conséquent, les caractères de l'œdème ordinaire.

Enfin, au bout d'un temps plus ou moins long, l'œdème a disparu, le cordon noueux ne se sent plus, et, de deux choses l'une : ou la veine s'est oblitérée, ou la circulation s'est rétablie dans son intérieur. Dans le premier cas, la circulation collatérale mentionnée plus haut vient y suppléer; mais quelquefois elle est insuffisante, et on a vu se former alors des collections séreuses, sur lesquelles M. Bouillaud a principalement attiré l'attention.

Si la phlegmasie blanche est due à une lésion des lymphatiques, la résolution a lieu lorsque, la tuméfaction et l'obstruction des glandes lymphatiques diminuant d'intensité, la circulation de la lymphe se rétablit. Ce mode de guérison s'obtient plus ou moins vite selon le degré de l'inflammation des lymphatiques.

La formation des abcès et l'apparition d'autres accidents viennent souvent entraver cette terminaison et prolonger outre mesure la durée de l'affection. La terminaison par suppuration est d'autant plus redoutable que le dépôt occupe une étendue plus vaste et plus profonde.

La mort est non-seulement à craindre par l'abondance de la suppuration comme le dit Antoine Petit, mais encore parce que les dépôts, quelquefois multipliés, sont situés profondément dans le tissu cellulaire inter-musculaire de la cuisse, ou sous-péritonéal du bassin, par cette raison deviennent difficiles à constater. L'altération des symphyses pubiennes et sacro-iliaques, la gangrène consécutive, l'extension de l'inflammation aux troncs veineux environnants, sont aussi des complications fâcheuses de cet état, et dont les résultats sont toujours funestes.

Diagnostic.

Le diagnostic de la *phlegmasia alba dolens* est des plus faciles. La douleur le long du trajet des vaisseaux veineux et lymphatiques, des glandes lymphatiques, le gonflement du membre et l'existence d'un cordon noueux, viennent lever tous les doutes. Quelquefois, cependant, le cordon enflammé est difficilement accessible à l'exploration, soit que la veine ait une situation profonde, soit que le membre ait acquis un volume trop considérable.

Mais, en pareil cas même, le siége de la douleur, la marche des symptômes et la nature de l'œdème font reconnaître la maladie, en sorte qu'il serait inutile d'entrer dans de plus longs détails à cet égard.

Prognostic.

La *phlegmasia alba dolens* est toujours sérieuse, puisque dans un nombre assez considérable de cas, elle peut se terminer par la mort. Toutes choses égales d'ailleurs, elle est plus grave chez les nouvelles ac-

couchées que chez les autres sujets. Lorsque l'inflammation est fort étendue, la maladie est plus alarmante que dans les cas où elle est limitée à un petit espace.

La formation d'abcès, d'infiltrations purulentes, l'apparition d'un érysipèle, et surtout la production de la gangrène, ajoutent beaucoup à la gravité de l'affection. Enfin, lorsque l'infection purulente se manifeste, la mort est presque inévitable.

Après la guérison de la phlegmasie blanche, les veines ou les lymphatiques peuvent rester oblitérés. Cette oblitération produit des infiltrations chroniques, et, par conséquent, la possibilité de ces accidents consécutifs ajoute à la gravité du mal.

Quand, dit. P. Dubois, on examine les cas mortels de phlegmasie blanche qu'on a publiés, on remarque que l'affection n'était pas bornée aux vaisseaux cruraux et utérins, mais qu'il existait en outre une inflammation abdominale qui avait eu, sans doute, sur la terminaison fâcheuse de la maladie plus d'action que la phlegmasie blanche elle-même.

Lésions anatomiques.

Les recherches sur les cadavres de femmes qui ont succombé à la *phlegmasia alba dolens,* ont fait découvrir les lésions suivantes :

1° L'inflammation des veines superficielles et quelquefois profondes, que beaucoup d'auteurs considèrent comme la lésion essentielle de la maladie, et que d'autres regardent comme la lésion accidentelle. Les branches profondes de la veine crurale, les veines iliaques, la veine cave inférieure depuis son origine jusqu'à l'oreillette droite du cœur et même le ventricule droit de cet organe contiennent du pus. Souvent ces vaisseaux présentent des traces de phlegmasie; on trouve cette inflammation aussi bien dans les cas de *phlegmasia alba dolens* observés chez les femmes en couches, que dans ceux où la maladie était due à un cancer du bassin, ou à toute autre cause locale, soit chez l'homme, soit chez la femme.

2° Les ganglions lymphatiques de l'aîne et du jarret, et souvent ceux de la fosse iliaque interne, sont presque toujours enflammés, rouges, tuméfiés; cette phlogose s'étend aux vaisseaux lymphatiques du membre, et quelque-

fois jusqu'au canal thoracique, qu'on a trouvé contenant une certaine quantité de pus.

3° Le tissu cellulaire du membre participe à cet état inflammatoire. On y rencontre même des collections purulentes situées dans les parties profondes de la fesse ou de la cuisse, ou de petits abcès disséminés dans les interstices musculaires; le pus contenu dans ces dépôts est grisâtre ou d'un blanc laiteux, fluide ou épais, grumeleux; certains auteurs ont cru y reconnaître la présence du caséum du lait. Le tissu cellulaire sous-cutané est infiltré d'un liquide séreux.

4° Les symphyses du bassin sont souvent écartées, très-mobiles, leurs fibro-cartilages ramollis et renfermant dans leurs fibres écartées un fluide séro-sanguinolent ou purulent. De semblables lésions se remarquent quelquefois dans les articulations coxo-fémorale et fémoro-tibiale.

5° Le tissu cellulaire sous-péritonéal du bassin présente aussi quelquefois des traces de phlegmasie, des épanchements séreux ou purulents.

6° L'on observe aussi des lésions de l'utérus et de ses annexes chez les femmes nouvellement accouchées.

7° Lorsque l'infection purulente est venue mettre un terme à l'affection, on trouve dans les différents organes des lésions multiples.

Nature de la maladie.

Pour mettre la clarté à la place de l'obscurité qui règne parmi les opinions des maîtres de l'art sur cette partie importante de la phlegmasie blanche; pour dissiper la confusion qui existe dans leur théorie à cet égard; pour faire ressortir et expliquer les causes de cette divergence d'opinions; enfin, pour rattacher à un principe commun toutes ces idées d'apparence si différentes, nous allons les exposer, pour les discuter 1° chez les anciens, 2° chez les modernes, 3° nous terminerons par les nôtres qui, pour ainsi dire, ne seront qu'une conséquence des précédentes, ainsi que des discussions auxquelles elles auront donné lieu.

1° Opinions des anciens.

Les accoucheurs n'ont pas toujours attribué à l'inflammation des vaisseaux cette phlegmasie blanche. Le premier auteur qui, selon P. Dubois,

a parlé de cette maladie, est peut-être Mauriceau. Mauriceau la considérait comme une métastase des lochies; encore est-il probable qu'il avait en vue la claudication qui résulte parfois de la compression du nerf de la cuisse par la tête du fœtus, claudication qu'il attribuait à ce que ce nerf était abreuvé d'humeurs. Il nous paraît inutile de discuter l'opinion de ce célèbre accoucheur, puisque l'on n'est pas assuré de l'affection dont il veut parler.

Vers le milieu du siècle dernier, on pensa que la phlegmasie blanche était un dépôt laiteux. Puzos et Levret, deux des principaux maîtres en l'art des accouchements, l'ont considérée comme telle. Puzos (1) disait que cette maladie commençait par l'aîne qui devenait douloureuse, et qu'on sentait ensuite une corde dure sur le trajet des vaisseaux; et cette induration qu'il avait observée dans la longueur du membre, il l'attribuait au gonflement du tissu cellulaire qui entoure les vaisseaux. Il était, comme on le voit, bien près de la vérité. Ces auteurs considéraient l'engorgement douloureux des membres abdominaux chez les personnes nouvellement accouchées comme une infiltration laiteuse produite par la métastase du fluide sécrété dans les mamelles. « Si, dit M. Marinus (2), nous cherchons à nous rendre compte du rôle que les anciens auteurs faisaient jouer au lait et aux lochies dans la production de cette maladie, nous ne trouvons qu'incertitude, embarras. La médecine d'observation, qui caractérise notre époque, peut seule nous aider à décider cette question. Malheureusement ce sujet a été trop peu étudié, ce qu'il faut, en grande partie, attribuer aux auteurs modernes qui ont parlé trop légèrement des métastases laiteuses, et qui croient les avoir suffisamment réfutées en traitant de chimériques les théories de leurs devanciers. Les investigations portant sur les solides et les liquides, peuvent seules nous éclairer. »

« Les anciens, dit le même auteur, en attribuant à la déviation du lait l'engorgement des membres abdominaux chez les femmes en couches, se fondaient :

(1) *Traité des accouchements, contenant des observations importantes pour la pratique de cet art, etc.*, in-4°, Paris, 1759. — (2) Page 49.

« 1° Sur ce qu'à l'ouverture des abcès, qui terminent quelquefois cette maladie, le liquide qui s'en échappe à l'ouverture présente la couleur et presque la consistance du lait.

« 2° Ils avaient remarqué aussi, à l'ouverture des corps, qu'il se trouvait dans les différentes cavités une matière épanchée, analogue à du petit lait.

« 3° Que les urines des femmes affectées de maladies dites laiteuses étaient blanchâtres et contenaient du caséum en plus ou moins grande quantité.

« 4° Enfin, que ces altérations coïncidaient avec la disparition du lait des mamelles, et se dissipaient lorsque la sécrétion de ce liquide était de nouveau rétablie. »

« 5° M. le docteur Boyer, qui a publié un travail remarquable sur les métastases laiteuses (1), a entrepris des expériences pour s'assurer si le lait mêlé au sang, dans le torrent circulatoire est susceptible de déterminer des accidents. « Du lait pur, injecté dans les veines d'un animal, ne détermine qu'un trouble passager; mais, après sa fermentation, cette humeur animale ne peut se mélanger au sang et parcourir les conduits circulatoires sans susciter des désordres terribles. » Ces expériences, dit M. Marinus, prouvent donc que le lait décomposé et mêlé au sang, apporte le trouble dans l'économie et y exerce une action délétère. Or, en supposant que le lait sécrété dans les mamelles, après avoir été résorbé et porté dans les lymphatiques enflammés, éprouve là un mouvement de fermentation, ne peut-il pas se faire qu'une petite partie de ce liquide altéré et mêlé à la lymphe soit portée dans les veines, et détermine les symptômes généraux de la phlegmasie blanche? »

« 6° Tout n'est pas connu, ajoute M. Marinus (2), sur les fonctions du système absorbant lymphatique, et sur le rôle qu'il remplit dans la production des maladies. N'a-t-on pas trouvé, à l'ouverture des corps, les vaisseaux lymphatiques du foie pleins d'une humeur jaunâtre chez des individus qui avaient péri d'une affection de cet organe ou dont le canal

(1) *Gazette médicale de Paris*, n° du 26 juillet 1834. — (2) Page 56.

cholédoque était obstrué? N'a-t-on pas rencontré ces vaisseaux pleins de pus dans les parties voisines d'un abcès? Les vaisseaux lymphatiques des bronches engorgés de la partie la plus tenue de la poussière que de malheureux phthisiques avaient respirée? Les vaisseaux lactés pleins d'un pus putride, à l'autopsie des cadavres de personnes mortes de dysenterie et où les intestins grêles étaient remplis de la même matière, etc.? Et ne voit-on pas tous les jours avec quelle promptitude a lieu la résorption purulente dans les vastes plaies qui suppurent? » Tout ce qui précède prouve une seule chose, selon nous, c'est la possibilité, de la part des vaisseaux absorbants, d'absorber et de charrier, en nature, des produits pathologiques, même des substances hétérogènes; de les verser dans le sang, après qu'eux-mêmes et la lymphe, qu'ils contiennent, en auront éprouvé des conséquences plus ou moins graves; une fois mélangés avec le sang, il arrive de deux choses l'une, ou bien le sang les porte aux émonctoires naturels par lesquels ils sont rejetés hors de l'économie, ou bien ils altèrent la composition de ce fluide et produisent son infection, son altération; quant aux dépôts métastatiques, nous avons, à propos de la phlébite utérine, expliqué notre manière de voir à cet égard. Ici, du reste, on ne peut raisonnablement établir de comparaison entre ces substances pathologiques, altérées, intoxicantes, et le lait sécrété dans les mamelles qui est une humeur physiologique, innocente comme l'ont prouvé les expériences de Boyer.

« 7° Que remarquons-nous, dit M. Marinus (1), dans la marche des symptômes de la *phlegmasia alba dolens* qui ait trait à la question qui nous occupe ici? Dès le début de la maladie, lorsque la douleur se manifeste, le lait qui était monté aux mamelles et dont la sécrétion était établie, disparaît et les lochies se suppriment. Voilà les deux phénomènes qui frappent tout d'abord l'attention. Que devient ce lait, qui existait déjà tout formé dans les mamelles, au moment où il se supprime? Il n'est pas à supposer que l'enfant en tire jusqu'à la dernière goutte, lorsque la femme nourrit elle-même, et il peut fort bien se faire qu'une partie de ce

(1) Page 51.

liquide soit résorbée et portée par les vaisseaux lymphatiques dans une partie plus ou moius éloignée qui était déjà le siége d'une irritation, et que là, mêlé à la lymphe et altéré dans sa composition, il concourt au développement des symptômes inflammatoires. L'état de congestion dans lequel se trouvent les lymphatiques des extrémités inférieures pendant la grossesse par suite de la compression de l'utérus, l'excitation des vaisseaux lymphatiques du bassin par des manœuvres exercées pendant l'accouchement ou par une couche laborieuse, donnent la raison de la plus grande susceptibilité de ces vaisseaux à s'enflammer par l'effet d'une cause extérieure, comme le froid et l'humidité. »

« 8° Et les lochies ne peuvent-elles pas s'altérer et acquérir, dans la matrice et le vagin, une certaine putridité, être absorbées par les lymphatiques de ces organes et produire les accidents de la phlegmasie blanche? M. Boyer a constaté que des lochies putréfiées, injectées dans le système veineux des animaux, déterminent les mêmes accidents que le lait mêlé au sang. »

Nous allons essayer de répondre aux huit propositions précédentes, en suivant l'ordre qu'elles offrent ci-dessus; et, pour éviter des répétitions, nous supposerons présent à l'esprit tout leur contenu :

I. Combien de fois ne rencontre-t-on pas dans le liquide des abcès, soit chez l'homme, soit chez les femmes qui n'allaitent pas, les qualités physiques du lait, sa blancheur et sa consistance? Et combien de fois, chez celles qui allaitent, ces qualités n'existent-elles pas? C'est que cette couleur blanchâtre, cette consistance laiteuse, peuvent appartenir à bien d'autres substances qu'au lait.

II. Mais cette matière épanchée, ressemblant à du petit lait, que l'on rencontre surtout dans les inflammations des cavités séreuses chez les nouvelles accouchées, se rencontre aussi dans d'autres conditions de la vie des femmes, ainsi que chez l'homme. Et, quoique analogue à du petit lait sous le rapport de la couleur, elle en diffère beaucoup sous celui de la composition. Qui ne sait aujourd'hui que la sérosité bien transparente des cavités séreuses, le sérum bien limpide du sang, sous l'influence de certains réactifs chimiques, de la chaleur entre autres, peuvent prendre cet

aspect. Or, les réactifs pathologiques ne peuvent-ils produire le même résultat?

III. Ce n'est jamais au moment de leur sortie que les urines sont blanchâtres; ce n'est que lorsqu'elles ont perdu leur chaleur animale; cette couleur n'est donc encore ici que le résultat d'une réaction chimique due à l'action du froid; c'est, du reste, la couleur qu'offre assez souvent l'urine des enfants qui ont des vers ou qui font des dents. Et si, par des opérations chimiques, on parvient à démontrer le caséum dans l'urine de certaines femmes en couches, la présence de cet élément laiteux ne prouve rien, selon nous, quant à la métastase laiteuse; tout au plus prouverait-elle que le lait qui, au moment où la phlegmasie blanche a éclaté, était formé dans les mamelles, et qui est rentré dans la circulation, a été en partie, si pas en totalité, éliminé par l'émonctoire le plus important de l'économie, par les reins.

IV. Pour renverser cette opinion des anciens, c'est ici le moment de recourir à cet aphorisme du père de la médecine, qui trouve si souvent son application en physiologie pathologique : « *Ubi stimulus, ibi fluxus.* » Un examen attentif, dit Gardien (1), apprendra au médecin observateur que les accidents ont précédé la cessation du lait et des lochies, et que le transport des fluides est toujours occasionné par l'affection de l'organe malade. Nous donnerons plus loin quelques explications sur ce sujet.

V. L'opinion de M. Boyer quant à l'action de la métastase laiteuse sur le développement de la phlegmasie blanche, ne nous paraît d'aucune valeur. Que le lait pur puisse être résorbé par les veines et les lymphatiques du sein, rentrer dans le torrent circulatoire et être ensuite éliminé de l'économie par un ou plusieurs de ses nombreux émonctoires, c'est un phénomène conforme aux lois d'une saine physiologie. Mais, lorsque le lait aura éprouvé le phénomène chimique de la fermentation, le nouveau corps qui en résultera, ne sera plus du lait, et ses propriétés physiques et chimiques ne lui seront plus comparables; aussi, absorbé ou injecté, il exercera sur la composition élémentaire du sang une action dont les résultats varieront

(1) Tome III, page 347.

selon l'élément qui en souffrira : ainsi, si c'est le chiffre de la fibrine qui diminue, l'on verra se manifester un appareil symptomatique qui se rattache aux fièvres graves, au scorbut, etc.; si la diminution porte sur les globules, on verra l'anémie; si elle porte sur l'albumine, on verra une disposition à l'hydropisie. Mais ce n'est que secondairement que cette action pourra se faire sentir sur les lymphatiques, et surtout sur ceux des membres inférieurs. Et, en admettant la supposition, fort hypothétique sans doute, d'après laquelle le lait résorbé n'éprouverait de fermentation qu'arrivé dans les lymphatiques enflammés, ce ne serait toujours qu'une cause accessoire, puisque l'inflammation lymphatique lui serait préexistente.

VI et VII. Nous ferons observer 1° que le lait, résultat de l'élaboration par les mamelles des matériaux que leur apporte le sang, ne peut jamais être en grande quantité dans ces organes, puisque les vaisseaux lactés, les conduits galactophores, dans lesquels seuls il peut être contenu, ne représentent tous réunis qu'une capacité fort médiocre; qu'ainsi la quantité de ce fluide qui s'y trouve contenu au moment où se déclare la phlegmasie blanche, ne peut être que fort minime; et, en supposant qu'elle fut résorbée en totalité, elle n'aura jamais sur la santé générale qu'une influence insignifiante; 2° que le volume des mamelles, chez une femme qui allaite, est bien plutôt dû à la congestion sanguine de ces organes, qu'au lait qu'elles pourront contenir; 3° que dans le sang des nouvelles accouchées existent bien les éléments du lait, mais que ces éléments ont besoin du travail des glandes mammaires pour être convertis en lait; 4° que, chez des jeunes filles en vacuité, en excitant les mamelles par la succion, en y attirant le sang, l'on a plus d'une fois observé la sécrétion laiteuse, qu'ainsi l'état puerpéral n'est pas absolument nécessaire à la production de ces éléments dans le sang; 5° que si ce liquide, après sa formation dans les seins, rentre en nature dans le sang, ne peut pas être plutôt charrié vers la partie malade que vers les émonctoires de l'économie, chargés d'en dépurer le sang? 6° que, pour arriver jusqu'aux lymphatiques malades du membre inférieur, se mélanger avec la lymphe et en altérer la composition, il faudrait supposer qu'il a été d'abord déposé dans les diverses parties de ce

membre où ces vaisseaux prennent naissance, pour d'ici être charrié jusqu'à la partie malade où il entrerait en fermentation; de telles suppositions, contraires aux lois physiologiques et pathologiques, sont inadmissibles.

VIII. Mais, ici encore, l'absorption des lochies altérées (dans la supposition que cette absorption puisse avoir lieu) n'est tout au plus qu'une cause occasionnelle ou accessoire; car, qui altère les lochies, si ce n'est l'une ou l'autre de ces nombreuses affections puerpérales que nous avons fait connaître, et qui, dans le cours de leur existence, peuvent offrir, soit comme complication, soit comme affection symptomatique, la *phlegmasia alba dolens*. Si les lochies peuvent avoir quelque influence sur la production de cette maladie, c'est donc en déterminant ou bien une altération du sang ou de la lymphe, ou bien l'inflammation des veines ou des vaisseaux lymphatiques de l'utérus, et, par suite, ceux du membre inférieur.

Si, maintenant, l'on nous demande comment il se fait que la sécrétion laiteuse et lochiale se supprime, souvent aussi les sueurs quand elles existent encore, et quelle part cette suppression peut avoir dans la production et le développement de la phlegmasie blanche, nous répondrons : 1° que les sueurs, les lochies (du moins en grande partie) et le lait sont des produits de sécrétion cutanée, utérine et mammaire; 2° que l'établissement, comme l'augmentation de ces fonctions sont le résultat ou bien d'efforts naturels qui, après la délivrance, tendent à éliminer du corps une partie des matériaux qui lui sont devenus superflus; ou bien qui tendent à dégorger l'organe gestateur trop abreuvé de liquide; ou bien qui tendent à créer pour l'enfant son véritable liquide nourricier; 3° que ces divers organes, soit directement, soit sympathiquement, sont surexcités et par la grossesse et par le travail de l'accouchement, et, par suite, congestionnés par l'afflux d'une quantité plus ou moins considérable de sang, renfermant les éléments de la matière de ces sécrétions et les portant à ces organes pour les élaborer et leur donner les qualités qui les caractérisent; 4° que ce ne sont donc pas les lochies, les sueurs, le lait, qui, lorsqu'une maladie vient à s'établir plus ou moins loin de ces organes sécréteurs et que cette affection

est assez intense pour faire disparaître ces sécrétions, se portent sur la partie malade; 5° que c'est le sang qui, attiré par le stimulus maladif, supérieur aux efforts naturels et à l'excitation physiologique de ces organes, se porte vers elle, et aide puissamment la phlogose et l'engorgement qui l'accompagne.

Nous ajouterons à ce qui précède que ces diverses fonctions puerpérales sont nécessaires non-seulement à l'alimentation de l'enfant, mais encore à ramener les solides et les liquides du corps à l'état normal, d'où la gestation les avait fait sortir; que, chez une nouvelle accouchée, le chiffre de la fibrine du sang est très-élevé, qu'un tel état du sang dispose la femme aux inflammations; que les sécrétions sus-énoncées sont nécessaires pour ramener ce chiffre au taux physiologique; et que, par conséquent, lorsqu'elles seront supprimées, soit accidentellement, soit pathologiquement, cet élément, conservant un chiffre élevé, maintiendra dans le sang une qualité phlogistique qui ne pourra que venir puissamment en aide à l'inflammation constituant la phlegmasie blanche. Peut-être aussi le chiffre élevé du sérum, ou celui de l'eau de sérum, le chiffre abaissé de l'albumine, concourent-ils pour quelque chose à l'établissement et au développement de l'engorgement qui, dans quelques cas, devient si considérable. Les analyses, que nous avons faites du sang des femmes à l'état puerpéral, nous autorisent à émettre ces opinions, et leur ôtent ce qui pourrait paraître hypothétique.

Charles White (1) publia le premier une monographie sur cette maladie. Il lui assigne pour cause l'obstruction des vaisseaux lymphatiques des extrémités inférieures à leur entrée dans le bassin, ce qu'il attribue à quelque accident arrivé pendant l'accouchement, d'où est résulté la déchirure des vaisseaux précités, puis leur oblitération. De là l'engorgement des vaisseaux situés au-dessous et l'infiltration du tissu cellulaire.

S'il en était ainsi, non-seulement la phlegmasie blanche serait beaucoup

(1) *An inquiry into the nature and cause of that swelling in one or both of the lower extremities, etc.*, Warrington, 1784, in-8°.

plus fréquente, mais elle se manifesterait immédiatement, ou peu de temps après l'action de la cause qu'il indique. Or, les choses ont lieu différemment : la maladie est rare, et, au rapport de Paul Dubois elle ne débute ordinairement que trois semaines après la délivrance. Ce qui, du reste, renverse tout à fait cette opinion de White, c'est le développement de cette affection chez l'homme et chez la femme en vacuité.

Charles Brandon Trye (1) attribuait la maladie à l'inflammation des ganglions iliaques externes et internes.

Ferriar (2) y reconnaissait une phlegmasie des vaisseaux lymphatiques eux-mêmes.

J.-L. Westberg (3) professa plus tard la même opinion.

En 1800, le docteur Hull (4) ne se montra pas favorable à cette opinion; dans le mémoire qu'il publia à ce sujet, il s'attacha à démontrer que ces engorgements sont dus à une affection inflammatoire des lymphatiques, d'où résulte une effusion considérable de lymphe dans le tissu cellulaire du membre affecté. Il reconnaissait en même temps l'existence d'un état phlegmasique des muscles, du tissu cellulaire et de la couche profonde de la peau. Gardien (5) émit ensuite le même avis; il fut conduit, dit-il, par l'observation rigoureuse des symptômes à ne voir dans cette affection qu'une irritation des glandes de l'aîne et du pli du jarret, qui a quelquefois commencé par celle de la fosse iliaque. Sa conviction fut fortifiée par l'analogie qui existe entre cette maladie et l'affection glandulaire de Barbade, si bien décrite dans l'ouvrage de M. Alard, analogie tellement frappante que lorsque cette dernière ne fait que commencer, on croirait, en lisant sa description, consulter celle donnée par Puzos et Levret de la *phlegmasia alba dolens*. Il s'appuie encore d'un passage de l'anatomie générale de Bichat (6), où ce célèbre anatomiste dit : « C'est un

(1) *An Essay on the swelling of the lower extremities incident to lying in women.* Londres, 1792. — (2) *Medical histories and reflections*, Londres, 1798, vol. III, page 112. — (3) *Phlegmasia dolens puerperarum.* Vorgelesen den 19 april 1814, Stockholm, traduit en allemand par Hampe, avec des remarques de Albers, dans le *Journal de Hufeland*, février 1817. — (4) *An Essay on the phlegmasia alba.* — (5) Ouvrage cité, tome III. — (6) *Anat. gén.*, tome II, page 612.

phénomène extrêmement fréquent dans les maladies qu'un engorgement, et même une rougeur très-sensible, suivant le trajet des absorbants sous-cutanés dans les membres inférieurs, faisant considérablement souffrir le malade, se terminant au niveau des glandes inguinales, ou se propageant même au delà. » Boyer, Capuron, Casper, Roche et Sanson, etc., partagèrent cette opinion, que nous discuterons plus bas en parlant du même avis des auteurs modernes. Mercier (1) a publié cinq cas de *phlegmasia alba dolens*, tendant à prouver que l'inflammation des lymphatiques constitue la nature de la maladie.

2° Opinion des auteurs modernes.

L'étude que nous avons faite de ce sujet, nous a conduit à ranger dans six catégories l'opinion des auteurs modernes sur la nature de cette affection. Ainsi, il en est qui la rattachent 1° à une inflammation des veines; 2° d'autres à une inflammation des lymphatiques; 3° d'autres à une inflammation des veines et des lymphatiques; 4° d'autres à l'inflammation de ces deux ordres de vaisseaux, ainsi qu'au tissu cellulaire du membre inférieur; 5° d'autres à l'inflammation suppurée des articulations du bassin; 6° d'autres enfin à la prostration des forces vitales, au ralentissement de la circulation du sang dans les veines des extrémités.

Inflammation des veines.

Certains accoucheurs, dit Paul Dubois, attribuèrent la *phlegmasia alba dolens* à la rupture des vaisseaux et crurent que c'était une sorte d'hémorragie séreuse; plus tard, on crut que c'était une inflammation des vaisseaux lymphatiques et sanguins; mais au lieu d'expliquer ainsi la difficulté de la circulation, on prétendit qu'il y avait épanchement des liquides. En 1823, M. Bouillaud, dans ses recherches sur les hydropisies, après avoir établi que les hydropisies générales étaient le résultat d'une difficulté dans la circulation en général, reconnut que dans l'œ-

(1) *Journal général de méd.*, 1809.

dème des femmes en couches, les vaisseaux étaient oblitérés, et attribua à la difficulté de la circulation les accidents que l'on observe dans cette maladie.

A la même époque, un accoucheur anglais, David Davis (1), expliquait comme M. Bouillaud, l'œdème des femmes en couches par l'inflammation des vaisseaux et la difficulté dans la circulation qui en était la suite.

Enfin, dit P. Dubois (2), on reconnut plus tard que cette inflammation provenait d'abord des veines du bassin, et, ajoute-t-il, vingt-deux autopsies très-curieuses l'ont prouvé d'une manière irrécusable.

« La lésion anatomique la plus importante, dit Valleix (3), est, sans contredit, l'inflammation des veines; on a trouvé dans ces vaisseaux les lésions de la phlébite, tels que gonflement des tuniques de ces vaisseaux, formation de fausses membranes à leur surface intérieure, coagulation du sang qu'ils contiennent, et enfin suppuration. Les observateurs les plus rigoureux ont constaté l'existence de cette inflammation dans tous les cas, et dans les observations connues, on peut suivre très-facilement la succession des phénomènes qui se passent d'abord dans la veine, et plus tard dans les tissus environnants. On a trouvé cette inflammation aussi bien dans les cas de *phlegmasia alba dolens* observés chez les femmes en couches, que dans ceux où la maladie était due à un cancer du bassin, ou à toute autre cause locale, soit chez les hommes, soit chez les femmes. Il faut donc admettre que c'est là la lésion essentielle, la lésion propre à la *phlegmasia alba dolens*. Ce fait a été mis hors de doute par Robert Lee et Duplay. »

Dronsart (4) dit : « La *phlegmasia alba dolens* reconnaît pour lésion essentielle et primitive une phlébite plus ou moins étendue; cette lésion est également démontrée et par l'anatomie pathologique et par l'identité des causes. L'analogie devait déjà faire apercevoir qu'il n'y a entre cette affection et la seule maladie considérée jusqu'à présent comme une phlébite, d'autre différence que celle qui résulte du siége, la maladie atteignant

(1) Mémoire lu à la Société médico-chirurgicale de Londres, 6 mai 1823. — (2) *Journ. de méd. et de chir. prat.*, tome IX, page 217. — (3) Page 561. — (4) *Annales*, page 374, tome IV.

dans un cas des veines superficielles, tandis que, dans l'autre, elle atteint les veines profondes. La *phlegmasia alba dolens* atteint également les membres supérieurs et les membres inférieurs : c'est par une pure erreur qu'on avait affirmé le contraire. Cette erreur gît dans des différences apparentes ; voici quelles sont les causes principales de ces différences : la plupart des phlébites du membre supérieur reconnaissent des causes traumatiques, directes et extérieures, tandis que celles des membres inférieurs sont, au contraire, presque constamment produites par des causes internes, indirectes, et le plus souvent liées à des maladies de l'utérus. Mais, dès que la phlébite, dans les membres supérieurs, se propage des parties superficielles aux parties profondes, il y a identité parfaite dans les caractères et les symptômes. L'erreur ne peut exister, du reste, que tant que la maladie est bornée aux symptômes locaux, ceux-là seuls offrent quelques différences ; car les symptômes généraux sont identiques dans les deux cas. »

Il signale encore une autre différence qui a pu empêcher de reconnaître l'identité de nature des phlébites des membres inférieurs et de celles des membres supérieurs ; c'est que, dans les membres inférieurs, la maladie a une grande tendance à se communiquer d'un côté à l'autre, tandis que cette propagation est sans exemple dans les membres supérieurs. « La raison en est toute simple : la propagation ne pourrait se faire dans ce dernier cas qu'à travers les gros vaisseaux thoraciques, ce qui entraînerait immédiatement la mort. Enfin la phlébite des membres supérieurs, limitée à un seul côté, est généralement beaucoup plus grave que celle des membres inférieurs. »

Si l'on considère 1° le développement extraordinaire des veines utérines pendant la gestation ; la fréquence de la dilatation variqueuse de celles des membres inférieurs ; la difficulté habituelle de la circulation veineuse dans ces mêmes parties pendant la durée, et surtout vers la fin de la grossesse ; l'activité dans la circulation pelvienne et, par suite, une augmentation d'activité dans celle des membres inférieurs, toutes causes qui disposent aux inflammations de ce système ; 2° si l'on réfléchit aux pressions, aux froissements, à l'absorption de matières irritantes, auxquels cet ordre de

vaisseaux est exposé pendant et après l'accouchement; 3° si l'on fait attention à la fréquence de la phlébite utérine à la suite des couches, à l'extension si facile de cette phlegmasie à d'autres parties du même système, surtout à celles qui, comme les veines des extrémités pelviennes, offrent plus ou moins de prédisposition; 4° si l'on considère le début de la maladie, sa marche, ses symptômes, les lésions nécroscopiques qu'elle laisse à sa suite; 5° si l'on réfléchit que la phlegmasie blanche ressemble beaucoup aux hydropisies, et que, comme l'a démontré Bouillaud, et comme l'ont ensuite confirmé une masse de faits et d'expériences, ces affections sont généralement dues à une difficulté dans la circulation veineuse, et que cette difficulté est grande et prompte dans la phlébite, de manière à déterminer promptement un engorgement considérable, comme il arrive dans la phlegmasie blanche; 6° si l'on fait attention à la vivacité des douleurs qui accompagnent si souvent la phlegmasie blanche, à leur retour par accès, à la manifestation de la rémittence dans les symptômes généraux, aux gonflements analogues qui résultent de la phlébite locale et traumatique; 7° si l'on joint à ce qui précède, l'état phlogistique du sang, dont l'action doit primitivement se faire sentir sur les vaisseaux, l'on trouvera, nous semble-t-il, de quoi appuyer l'opinion qui place dans la phlébite la nature de la phlegmasie blanche. Mais, en est-il ainsi dans tous les cas? C'est ce que la suite va nous faire connaître.

Inflammation des vaisseaux lymphatiques.

« La cause déterminante la plus fréquente de la *phlegmasia alba dolens,* dit M. Marinus (1), est l'impression du froid et de l'humidité; aussi cette maladie, assez rare cependant chez les femmes nouvellement accouchées, est-elle plus commune dans les pays froids et dans les saisons où la température est très-variable. On la voit survenir chez les accouchées qui sortent trop promptement et qui n'usent pas de précautions convenables pour garantir de l'action de l'air extérieur les extrémités inférieures et les parties génitales.

(1) Page 46.

» Si, déjà éclairés par cette observation, nous y joignons la plus grande fréquence de la maladie chez les femmes où le système lymphatique prédomine, de même que chez celles où ce système a acquis une plus grande susceptibilité par suite d'évacuations sanguines abondantes, ou par toute autre cause asthénique ; si nous rapprochons ensuite l'expression des symptômes des lésions que la nécroscopie fait découvrir après la mort, nous aurons la preuve que les ganglions et les vaisseaux lymphatiques sont, dès le début, le siége primitif et spécial de l'inflammation, et que ce n'est que par extension et secondairement que le tissu cellulaire environnant, et quelquefois les veines et les articulations du bassin, participent à cette affection. En effet, nous voyons que la maladie commence par une douleur qui prend naissance dans l'intérieur du bassin ou dans l'aîne, qui s'étend ensuite successivement à la cuisse, à la jambe et au pied, suivant partout le trajet des vaisseaux lymphatiques, lesquels ne tardent pas à s'engorger et à former une corde douloureuse. La fièvre et le gonflement du membre succèdent bientôt à cet état pathologique.

« Pour quiconque examine sans prévention et dans l'ordre de leur apparition, les symptômes locaux et généraux exposés ci-dessus, il ne peut y avoir de doute que la *phlegmasia alba dolens* ne consiste essentiellement dans l'inflammation des glandes et des vaisseaux lymphatiques du membre affecté. Et ce qui corrobore encore cette opinion, c'est l'identité que l'on retrouve dans la description de cette maladie et l'inflammation des vaisseaux lymphatiques hors l'état puerpéral. Et cette effusion de lymphe et de sérosité dans les aréoles du tissu cellulaire, qui produit le gonflement du membre et qui a lieu d'une manière si rapide, n'est-elle pas encore le résultat de l'inflammation des lymphatiques? Si ce phénomène était dû à une autre cause, ne se développerait-il pas d'une manière plus lente et de bas en haut plutôt que de haut en bas? L'état phlegmasique des vaisseaux et des glandes lymphatiques que montre la nécropsie, est d'ailleurs une preuve évidente et sans réplique de ce que nous avançons.

» Que si l'on nous opposait que le tissu cellulaire du membre et du bassin ont été aussi trouvés enflammés et contenant des dépôts purulents ;

que de semblables désordres ont été vus dans les symphyses de la cavité pelvienne; que les veines du membre et des parties voisines ont offert des traces manifestes de phlébite, etc., nous n'hésiterions pas à répondre que ces lésions étaient secondaires à l'affection primitive, l'inflammation des lymphatiques, laquelle, en raison de son extrême intensité, s'est propagée aux parties qui ont avec les vaisseaux lymphatiques affectés des connexions plus ou moins intimes.

« La fièvre qui accompagne l'engorgement puerpéral des membres abdominaux chez les femmes nouvellement accouchées, est encore le résultat de l'inflammation des vaisseaux lymphatiques qui l'a précédée. Le caractère qu'elle prend, les accidents qui surviennent vers les organes abdominaux ou thoraciques, sont sympathiques et évidemment produits par le trouble apporté dans l'économie en raison de la violence des symptômes locaux. Il est probable encore que la lymphe qui engorge les vaisseaux lymphatiques, altérée dans sa composition, soit par l'état inflammatoire de ces vaisseaux, soit par le mélange de ce fluide avec le lait, que ce fluide agit sur le sang à la manière d'un principe toxique : de là, ce mouvement fébrile se rapprochant du type intermittent ou de la fièvre hectique; de là le développement de la phlébite et de l'altération du sang contenu dans les veines; de là peut-être encore les sueurs abondantes, les urines sédimenteuses que l'on observe dans cette maladie et que l'on peut considérer comme une crise de la nature pour éliminer de l'économie le principe morbide. »

Pour quiconque examine sans prévention les symptômes locaux et généraux de la phlegmasie blanche, ses causes, sa marche, ses complications, les lésions nécroscopiques, l'inflammation des lymphatiques hors l'état puerpéral, la rapidité du gonflement, le caractère de la fièvre, les phénomènes sympathiques; si, ensuite, l'on rapproche l'expression des symptômes des lésions cadavériques, l'on ne peut se refuser d'admettre, comme une des causes essentielles de la phlegmasie blanche, l'inflammation des ganglions de l'aîne et des vaisseaux lymphatiques du membre malade. Mais, dirons-nous avec le savant gynécologue précité que les ganglions et les vaisseaux lymphatiques sont, dès le début le siége primitif et

spécial de la maladie, et que ce n'est que par extension et secondairement que le tissu cellulaire environnant, et quelquefois les veines et les articulations du bassin participent à cette affection? Malgré l'estime que nous avons toujours portée aux opinions et aux écrits de M. Marinus, nous ne pouvons, dans ce cas, partager sa manière de voir; pas plus que celles de beaucoup d'autres auteurs qui, donnant dans l'excès contraire, rapportent exclusivement à la phlébite la nature de la phlegmasie blanche. « Les lésions des ganglions et des vaisseaux lymphatiques, dit Valleix (1), ne sont pas rares, il est vrai, mais elles ne sont pas constantes. Elles ne se lient pas comme les lésions des veines, aux principaux symptômes observés; elles sont souvent consécutives, et ne méritent pas, par conséquent, l'importance que lui ont attribué certains auteurs. La *phlegmasia alba dolens* est véritablement une phlébite à laquelle peuvent venir se joindre beaucoup d'autres lésions. On ne saurait plus l'attribuer à une inflammation des vaisseaux lymphatiques, de l'aponévrose *fascia lata,* du tissu cellulaire du membre, ou bien à un simple rhumatisme, comme tant d'auteurs l'avaient fait jusqu'à présent. » Nous trouvons cette opinion de Valleix, qui est celle de beaucoup d'auteurs anglais et français du premier mérite, beaucoup trop exclusive; et, après avoir étudié sans idée préconçue les arguments favorables à l'une et l'autre opinion, après les avoir mûrement examinés, nous avons trouvé qu'elles ne péchaient que par leur qualité exclusive, que, du reste, elles étaient l'une et l'autre fondées sur des faits, sur les principes d'une saine physiologie et sur le raisonnement. M. Dronsart (2) a lu à l'Académie royale de médecine de Paris un travail sur la *phlegmasia alba dolens*, où il s'est attaché à montrer l'insuffisance de la doctrine qui rattache à une lésion du système lymphatique la nature de cette affection. Il dit : « 1° Ou bien il existe en même temps que la lésion des vaisseaux lymphatiques d'autres altérations de divers autres organes qui peuvent nous rendre compte, mieux que la première, des phénomènes observés ; 2° ou il n'existe aucune altération appréciable des vaisseaux lymphatiques; 3° ou bien

(1) Page 561. — (2) *Annales*, tome IV, page 378.

enfin ces lésions se sont rencontrées en l'absence de la maladie en question. »

Inflammation des veines et des vaisseaux lymphatiques.

Après avoir discuté l'opinion du professeur Velpeau sur la nature de la phlegmasie blanche, et fait connaître celle des anciens sur le même sujet, Deizemeris (1) dit : « Nous conclurons en disant que la doctrine de Ferriar et de Trye (que nous avons fait connaître plus haut), nous paraît jusqu'ici la mieux établie; mais nous ajouterons que les veines ne peuvent point être exclues de toute part à la production de la *phlegmasia alba dolens,* car les systèmes veineux et lymphatique ne peuvent perdre entièrement, par l'état morbide, la communauté des fonctions qu'ils présentent dans l'état sain. »

Inflammation diffuse.

L'on a considéré la *phlegmasia alba dolens* comme une phlegmasie diffuse, soit de la face interne de la peau, soit de la face interne des aponévroses musculaires, soit des couches de tissu cellulaire sous-aponévrotique. Mais, dans la plupart des cas, aucune de ces phlegmasies n'existe en réalité, ou si l'une d'elle existe, elle est toujours secondaire.

Inflammation des nerfs.

On a aussi attribué cette maladie à une affection des nerfs du membre inférieur. Celle-ci ne repose sur aucun fait d'observation, ni d'anatomie pathologique. Lorsque l'affection d'un nerf existe, elle ne peut être considérée que comme une complication.

Inflammation des veines, des vaisseaux lymphatiques et du tissu cellulaire.

MM. Récamier et Tessier (2) disent : « Dans la phlegmasie blanche, ce n'est pas toujours la veine qui est affectée; car quelquefois ce sont les

(1) *Arch. gén. de méd.*, tome XXII, page 19. — (2) *Annales*, vol. IV, page 158, extrait de la *Gazette des hôpitaux*.

vaisseaux lymphatiques, d'autres fois le tissu cellulaire seulement qui sont le siége de la maladie. De là l'inconvénient d'attacher à cette maladie une dénomination dont la signification est exclusive et arrêtée, telle que celle de phlébite, qu'on a voulu lui donner dans ces derniers temps; car, bien que ce soit toujours la même maladie et qu'elle ait les mêmes caractères, elle n'affecte pas toujours les mêmes parties. Lorsque les vaisseaux du membre malade sont volumineux, tendus, rénitents, douloureux à la pression, vous pouvez dire que c'est la phlébite. Dans le cas contraire, il faut en rechercher le siége, soit dans les vaisseaux lymphatiques, soit dans le tissu cellulaire. Dans le premier cas, la maladie débute ordinairement par un œdème des parties supérieures du membre. Cela tient à ce que l'œdème n'affecte que les parties auxquelles se distribuent les radicules veineuses partant du point oblitéré, tandis que les radicules inférieures trouvent des anastamoses pour rétablir le cours du sang veineux pendant un temps plus ou moins long; de sorte que si l'oblitération de la veine a lieu à l'aine, par exemple, l'œdème aura lieu à la cuisse immédiatement au-dessous du point oblitéré; si l'oblitération a lieu à la cuisse, l'œdème sera à la jambe, ainsi de suite. »

Inflammation suppurée des articulations du bassin.

« Après avoir examiné attentivement la marche de la maladie, dit Velpeau (1), dans ces trois femmes (atteintes de diverses affections avec *phlegmasia alba dolens*), après avoir comparé cette marche aux altérations trouvées sur le cadavre, j'ai cru qu'on pouvait regarder comme certain que le point de départ du mal était dans les symphyses ou dans les veines. » Après avoir discuté la valeur des causes, des symptômes de la marche de la maladie; après avoir fait ressortir les rapports qui existent entre les symptômes qu'il a signalés et les lésions nécroscopiques qu'il a rencontrées; après avoir discuté la valeur des opinions des autres auteurs sur la plegmasie blanche, il conclut comme suit :

1° Le gonflement aigu des membres abdominaux, chez les femmes en

(1) *Archives*, vol. VI, page 254.

couches, reconnaît pour cause, dans quelques cas au moins, une inflammation des symphyses ou des veines ;

2° D'un autre côté les accidents observés sur le vivant se rapporteraient aussi bien à une lésion grave des veines profondes, qu'à celle des lymphatiques ;

3° Jusqu'à présent il reste encore à démontrer que ces derniers organes soient véritablement la cause de la *phlegmasia alba dolens ;*

4° Des maladies de nature tout à fait différente ont été rangées sous le même titre, et c'est là ce qui a pu en imposer, et contribuer à répandre la confusion sur cet objet.

« Il nous reste, dit Paul Dubois (1), à parler d'un dernier travail, qui aurait détourné de la vérité si les faits n'avaient été parfaitement établis. M. Velpeau attribua dans ce mémoire l'œdème des femmes en couches à des abcès développés dans les articulations du bassin, et il prétendit que le pus, que l'on avait trouvé dans les veines, provenait de ces abcès, que des autopsies lui avaient démontrés. Ces abcès ne sont qu'une complication de la phlegmasie blanche. On les avait déjà signalés, mais ils ne constituent point la maladie. »

Burns (2), à propos de deux faits de *phlegmasia alba dolens*, rappelle et confirme l'opinion des docteurs David Davis et Bouillaud, etc., qui attribuent à l'inflammation et à l'obstruction des veines iliaques et de leurs branches affluentes l'origine de cette maladie. La cause de cette phlegmasie, il croit l'avoir trouvée dans la prostration des forces vitales, dans le ralentissement de la circulation du sang dans les veines des extrémités inférieures; et cette gêne de la circulation serait, d'après lui, plus grande dans la veine iliaque primitive gauche par suite de sa disposition anatomique, puisque reposant sur la dernière vertèbre lombaire et coupée à angle droit par l'artère iliaque primitive droite qui passe au devant d'elle, elle éprouve en ce point une double pression, d'une part par le corps dur de la vertèbre, et de l'autre par l'artère toujours pleine. En effet, prenant les

(1) *Journ. de méd. et de chir. prat.*, tome IX, page 217. — (2) *London medical Gazette*, mai 1839.

observations de *phlegmasia alba dolens* publiées par les auteurs, il trouve que sur vingt cas la maladie existait une seule fois à droite, six fois des deux côtés, et treize fois à gauche.

Notre opinion.

Des opinions et des raisonnements qui précèdent, de l'étude approfondie des faits, de leurs causes, de leurs symptômes, de leur marche, des lésions nécroscopiques, des rapports de ces lésions avec les symptômes, nous avons cru pouvoir conclure que la *phlegmasia alba dolens* n'était pas toujours de même nature. Que tantôt elle dépendait d'une phlébite, tantôt d'une lymphangite, et, bien plus communément, d'une inflammation veineuse et lymphatique à la fois. Et, quand en même temps il advient d'autres affections, soit des articulations du bassin, soit du tissu cellulaire de cette cavité et du membre malade, soit des nerfs de ces régions, ou bien ce sont des causes ou des complications de la maladie principale, ou bien ce sont des affections symptomatiques ou des conséquences.

Les causes prédisposantes que nous avons fait connaître, exercent leur action sur les veines et les lymphatiques du bassin, sur les veines et les lymphatiques des membres inférieurs. Cette action, pour être plus prononcée sur le système sanguin et le disposer davantage à la phlegmasie blanche, n'en étend pas moins ses effets au système lymphatique, qu'elle dispose aussi à l'inflammation. C'est ainsi que, dans l'utérus où l'action de ces causes est la plus puissante, nous voyons se développer plus fréquemment aussi la phlébite que la lymphangite, et toujours pour les mêmes motifs. Si vous mettez en parallèle les causes, les symptômes, la marche, les complications, les lésions nécroscopiques de ces deux dernières affections, vous verrez aussi que, comme dans la phlegmasie blanche, leur ressemblance est telle qu'il en résulte souvent confusion; elles ne diffèrent guère que par leur intensité, et si elles sont plus communes que la phlegmasie blanche, c'est que leurs causes prédisposantes sont favorisées par des causes occasionnelles bien plus actives et plus nombreuses.

Et cette ressemblance dans les caractères de ces deux espèces de phlegmasie (phlébite et lymphangite) qui les ont si souvent fait confondre, comment n'existerait-elle pas, quand on trouve tant d'analogie de structure chez l'un et l'autre, tant de similitude fonctionnelle, tant de contact et de communication? Aussi, voit-on les partisans de la phlegmasie des lymphatiques comme cause de la phlegmasie blanche, rattacher les symptômes de cette maladie aux lésions pathologiques qu'elle laisse après elle; donner sur les circonstances pathologiques de cette affection, des explications tout à fait conformes aux faits et aux principes anatomo-physiologiques. De même, chez les partisans de l'inflammation veineuse, vous retrouvez à peu près mêmes motifs, mêmes symptômes, même marche, mêmes lésions cadavériques, mêmes raisonnements. Et pourquoi cette conformité dans la description de deux affections différentes? C'est que 1° elles existent souvent en même temps; 2° que par leur identité de fonction et de structure, par leur rapprochement, leur communication, l'un ne peut guère souffrir sans que l'autre n'en ressente une influence fâcheuse; 3° c'est que, lorsque ces inflammations viennent à se développer hors l'état puerpéral, ou chez l'homme, sous l'influence de causes externes, non-seulement elles offrent des symptomatologies qui ont beaucoup de ressemblance entre elles, mais encore avec la *phlegmasia alba dolens;* 4° je conviendrai, cependant, que ces phlogoses peuvent exister isolément, puisque des auteurs de mérite ont cité des faits où l'un de ces systèmes seulement était atteint; 5° qu'il est même avantageux de mettre à profit les symptômes qui les différencient, car la phlébite est bien plus dangereuse que la lymphangite; elle réclame aussi un traitement bien plus actif, et peut bien plus facilement devenir cause d'infection purulente. Nous avons fait connaître, d'après MM. Récamier et Tessier, leur diagnostic différentiel.

Thérapeutique.

De même que les causes, le caractère et la nature de cette affection offrent de grandes variétés, de même aussi le traitement qu'elle réclame est loin d'être toujours le même. Avant de passer outre, nous ferons remar-

quer que, soit que la phlogose occupe les veines, soit qu'elle occupe les lymphatiques, soit enfin qu'elle occupe à la fois ces deux systèmes, généralement ces différences n'en apportent qu'une légère dans le traitement, et, d'après ce que nous avons dit plus haut, l'on conçoit qu'il doit en être ainsi, puisque les deux phlegmasies se ressemblent au point d'être souvent confondues ou difficilement distinguées. Lorsqu'il sera possible de reconnaître la phlébite, cependant, il faudra, à cause des dangers qui peuvent en résulter, la traiter avec plus d'énergie. Du reste la phlegmasie veineuse offre généralement plus d'intensité, plus d'acuité que la lymphatique; il en résulte donc que le traitement de la première doit offrir plus d'énergie que celui de la deuxième.

L'on peut, pour ainsi dire, étendre ce que nous venons de dire aux causes de la maladie; ainsi, après avoir éloigné, autant que possible, les causes occasionnelles de la phlébite aussi bien que de la lymphangite, les précautions à prendre, les moyens à employer, pour obvier à l'action des causes prédisposantes seront à peu près les mêmes dans l'un et l'autre cas.

Il n'en est plus de même quant au caractère, au génie de la maladie. Ainsi, lorsque la *phlegmasia alba dolens* sera légère, que la douleur sera peu intense, l'inflammation modérée, les phénomènes généraux peu développés, le repos au lit, l'application de la flanelle, de l'ouate autour du membre malade; les cataplasmes émollients sur le centre de l'inflammation, l'usage de boissons douces, la diète, les lavements mucilagineux, rendus quelquefois laxatifs, suffisent pour obtenir une guérison qui ne se fait pas longtemps attendre. Lorsque la phlegmasie est tout à fait sourde, la douleur presque nulle, la fièvre à peine apparente, alors on peut recourir avec chance de succès aux sachets de Hufeland remplis de poudre aromatique. Il faut encore se borner à l'emploi de cette médication lorsque la constitution de la femme, épuisée par des évacuations abondantes ou par toute autre cause, ne permet pas d'avoir recours aux déplétions sanguines. C'est en cas pareil que certains auteurs ont préconisé les vésicatoires volants, les frictions mercurielles; nous leur préférons la compression méthodique, secondée par de légers diurétiques pris à l'intérieur, ou

par quelques sels neutres, dits antilaiteux, tels que l'acétate de potasse et le sulfate de la même base.

« Le traitement, dit M. Dronsart (1), doit avoir pour objet de favoriser les efforts de la nature; tous les moyens de l'art doivent tendre vers ce but. Or, l'observation nous apprend que la nature a deux moyens pour atteindre ce résultat : l'un est l'organisation du caillot et l'oblitération de la veine, qui se transforme par la suite en un cordon fibreux; le second est la résorption du caillot et le rétablissement de la circulation. Quelle que soit celle de ces deux solutions qui arrive, il s'établit, soit temporairement, soit difinitivement, une circulation collatérale qui supplée à la circulation du vaisseau oblitéré. Il se passe là un phénomène tout à fait analogue à ce qui a lieu dans le système artériel lors de la ligature d'une artère; les veines superficielles se dilatent, cette dilatation s'étend progressivement des membres à l'abdomen ou au thorax, et c'est par cette voie nouvelle que s'établit la circulation collatérale.

« Quant aux moyens de réaliser ce résultat, dit-il, c'est au premier rang la phlébotomie. Les saignées locales; les bains généraux et locaux; les applications émollientes, les boissons délayantes et les purgatifs doux.

« Mais quelquefois, malgré l'emploi de ces moyens, la maladie persiste, c'est qu'alors il y a oblitération d'une ou plusieurs veines principales, et que les veines superficielles ne sont plus suffisantes pour rétablir la circulation par voie collatérale, d'où l'enflure du membre avec des nodosités le long des trajets veineux. Faut-il, dans ce cas, employer la compression? M. Dronsart condamne formellement ce moyen qui est diamétralement opposé au but qu'on se propose. Il recommande, au contraire, dans ce cas, de laisser le membre libre de toute ligature et de recourir à l'emploi de frictions excitantes qui peuvent être utiles en favorisant la circulation dans les veines superficielles. »

Quand, au contraire, la *phlegmasia alba dolens* sera intense, que ses symptômes locaux et généraux offriront de l'acuité, son traitement

(1) Ouvrage cité, page 378.

devra avoir une énergie proportionnée à l'intensité de la maladie, à l'époque plus ou moins rapprochée de l'accouchement, à la quantité plus ou moins considérable de sang perdu pendant et après la délivrance, à l'âge, aux forces et à la constitution de la femme, ainsi qu'à beaucoup d'autres circonstances qui, dans presque toutes les maladies, doivent être prises en considération. Puzos, Levret, Marinus et autres ont, dans certains cas, conseillé la saignée générale. Si les indications l'exigent, il faut bien y condescendre; mais il ne faut jamais perdre de vue cette loi physiologique que M. Magendie a mise en évidence, c'est-à-dire l'activité que donne à l'absorption les saignées générales spoliatives : or, comme le danger le plus à redouter, dans la phlegmasie blanche, est l'infection purulente, et qu'on favorise le développement de celle-ci en activant l'absorption, il est prudent de n'avoir recours à cette médication que lorsqu'on ne pourra faire sans elle. Du reste, lorsque les symptômes inflammatoires sont modérés, ou lorsque la constitution est affaiblie, dit Marinus (1), nous pensons qu'il est prudent de s'en abstenir : ce moyen, loin d'être favorable en cas pareil, pourrait déterminer l'adynamie à laquelle les malades sont déjà disposés.

De même que dans les phlébites et les angéioleucites par causes externes, les émissions sanguines locales à l'aide de sangsues appliquées sur le trajet des vaisseaux enflammés, surtout à la partie interne de la cuisse et dans l'aîne, agissent aussi d'une manière efficace dans le traitement de la *phlegmasia alba dolens*. Mais il est une précaution à prendre, c'est d'appliquer ces anhélides en grand nombre à la fois pour que l'action dérivative du fluide sanguin n'ait pas lieu. Leur application sera réitérée un nombre de fois plus ou moins considérable selon les circonstances maladives et individuelles. Lorsque les douleurs se feront sentir dans l'une ou l'autre des fosses iliaques, du côté de la cavité ou des symphyses pelviennes, les sangsues seront appliquées tantôt à l'hypogastre, tantôt au périnée, à l'anus, à la région sacrée ou pubienne. On suivra enfin la douleur lorsqu'elle se manifestera au jarret, au mollet, au pied. Il faut surtout

(1) Page 53.

ne pas craindre de les employer hardiment, et de les répéter assez pour abattre l'acuité du mal et les phénomènes généraux qu'il occasionne. David Davis, qui confesse n'avoir jamais obtenu de bons effets de la saignée générale, assure que l'effet des sangsues est si prompt, que si on les applique avant qu'il y ait accumulation de sang dans le membre, on est presque certain d'arrêter la marche de la maladie. L'on pourra recourir à l'usage des ventouses scarifiées pour combattre la douleur du bassin ou des symphyses, quand elle existe.

Tant que la phlegmasie est aiguë, l'on conseille, après les émissions sanguines locales, les cataplasmes émollients, quelquefois rendus narcotiques en les arrosant d'un peu de laudanum ou par l'addition de quelques têtes de pavots ; les fomentations émollientes, ou celles faites avec une décoction d'herbes de morelle, de jusquiame, de belladone ou de stramonium, sur les régions les plus enflammées. M. Lisfranc conseille les cataplasmes de riz cuit dans une décoction de guimauve, et mis entre deux linges; il recommande surtout d'éviter leur refroidissement, qui peut être si préjudiciable, en les recouvrant d'ouate et surtout de taffetas gommé. La gêne que ces moyens procurent, la douleur que leur pesanteur peut occasionner, la facilité de leur déplacement, la difficulté de les maintenir en place, leur saleté, leur mauvaise odeur, leur fermentation si on ne les change souvent, leur refroidissement, etc., nous ont fait préférer les frictions d'huile d'amande douce sur l'hypogastre, l'aîne et toute l'étendue du membre, trois fois en vingt-quatre heures; l'on recouvre ensuite d'ouate les parties enduites d'huile : nous nous sommes très-bien trouvé de ce moyen. Quand la douleur est très-aiguë, on y joint le laudanum de Sydenham (deux gros par once d'huile). M. Chabrely (1) préconise, dans la phlegmasie blanche le topique pulvérulent suivant :

℞ : Fécule de pomme de terre ℥ ii.
Acétate de morphine gr. x.
Camphre en poudre ʒ i 1/2.

(1) *Journal de méd. et de chir. prat.*, tome XI, page 153; extrait du *Bulletin médical du Midi.*

S'il se joint à la phlegmasie blanche des douleurs nerveuses, on remplace le liniment précédent par le suivant :

℞ : Baume tranquille ʒ ii.
Huile de jusquiame ʒ i.
Laudanum de Sydenham ʒ s.

On agite ce mélange avant de s'en servir, et on l'emploie de la même manière que le précédent.

Lorsque la douleur est très-considérable, on ne doit pas hésiter à administrer les narcotiques pour procurer qnelques instants de repos aux malades. L'opium est le meilleur moyen à employer dans ce but. On administre également la jusquiame, l'eau distillée de laurier cerise, etc.; tous ces moyens doivent être rangés parmi les simples adjuvants.

En même temps le médecin doit diriger son attention vers la matrice et les mamelles. Si la maladie a débuté pendant que la sécrétion du lait était établie et si celle-ci s'est supprimée, on cherchera, lorsque l'on aura assez diminué ou anéanti l'influence révulsive de la maladie sur les mamelles par les moyens précités, à rappeler cette sécrétion à l'aide de la succion, de la chaleur, même des ventouses ou des sinapismes métigés. On rappellera également l'écoulement des lochies par des ventouses sèches appliquées près de l'aîne du côté sain, des applications de sangsues en petit nombre vers la vulve, des bains de vapeurs dirigés vers cette partie. Lavements mucilagineux; diète; boissons douces et portant à la peau si celle-ci a de la disposition à transpirer, bourache, sureau, fumeterre, fleurs pectorales; portant au contraire aux urines, si cette sécrétion semble disposée à l'augmentation, chiendent avec un peu d'avoine et de réglisse; influsion de pariétaire nitrée, décoction de racines d'asperge avec le sirop apéritif, etc.

On favorise le traitement par l'usage de bains tièdes si la malade peut les supporter. On mêle quelquefois avec avantage aux boissons l'acétate ou le sulfate de potasse à petite dose.

Burns (1) dit que l'on doit surtout faciliter le cours du sang dans les veines des membres inférieurs, ce qu'on obtient principalement en relevant le pied et la jambe malades au moyen de coussins.

Lorsque, par ces moyens, on réussit à calmer les symptômes inflammatoires, généralement la résolution de l'engorgement se fait graduellement, et la maladie marche plus ou moins rapidement vers la guérison; mais il n'en est pas toujours ainsi, et, selon que la terminaison de la maladie se fait par l'état sub-aigu ou chronique, ou selon qu'elle se termine par une autre affection, abcès, gangrène, etc., le traitement doit varier.

Lorsqu'on a réussi à calmer les symptômes inflammatoires, disent les auteurs, il faut chercher à obtenir la résolution du membre infiltré en tenant les parties affectées dans une douce chaleur, en les recouvrant de flanelle ou d'ouate, en administrant quelques diurétiques, en faisant des frictions avec des substances aromatiques, avec l'onguent mercuriel, en ayant recours aux vésicatoires volants pour activer la résolution. Or, nous pensons que l'on ne peut employer ces moyens qu'avec beaucoup de circonspection ; car, en favorisant trop tôt la résolution, l'on s'expose à voir s'étendre la phlébite à d'autres parties de l'économie, à voir se manifester l'infection purulente, et, en activant les fonctions de deux systèmes, qui tout à l'heure souffraient encore, à voir le retour de la phlegmasie si elle était disparue, et son retour à l'état aigu si elle était seulement devenue sub-aiguë ou chronique. Il est donc prudent, avant de chercher à accélérer la fin de la maladie, d'insister quelque temps sur le traitement que nous avons indiqué pour les cas simples qui offrent peu de gravité. Ce n'est que quand la phlébite est éteinte, ainsi que l'angéoleucite, ce n'est que quand l'on est en droit de supposer que la maladie, si elle existe encore, est bien localisée, ou que le calibre du vaisseau est obstrué ou rétabli; ce n'est que lorsque les ganglions inguinaux ne seront plus tuméfiés, les cordes veineuses ou lymphatiques à peu près disparues; ce n'est, enfin, que quand on pourra

(1) *London medical Gazette*, mai 1839

supposer par un commencement de résolution que les conditions précédentes existent, ou que l'augmentation des circulations veineuse et lymphatique adjuvantes est assez bien établie, que l'on pourra chercher, avec fruit et sans danger, à aider la nature: comment a-t-il pu venir à l'idée de praticiens instruits et expérimentés d'exciter l'absorption d'une partie dont les absorbants ne fonctionnent plus ou presque plus, qui conservent encore un reste de maladie ou, au moins, un excès de sensibilité qui les dispose à redevenir malades sous l'influence de causes légères, même de médicaments qui auraient sur eux quelque action stimulante? Employés à contre-temps, ces moyens seront souvent nuisibles; ils ne pourront au moins qu'être inusités; quand, au contraire, se manifeste un commencement de résolution, ou que l'époque de la disparition de l'état aigu est assez éloigné pour ne plus avoir à redouter les dangers précités, alors les moyens susceptibles d'aider l'absorption pourront abréger la durée du mal. En première ligne je place la compression méthodique établie par le bandage roulé et amidonné, que l'on renouvelle tous les jours; je l'ai plusieurs fois employé avec beaucoup de succès, et j'ai reconnu qu'il était même prudent d'en continuer l'usage quelque temps après la guérison pour empêcher le retour de ces gonflements qui se manifestent longtemps encore, le soir surtout. M. Récamier, qui a préconisé ce moyen, conseille de l'établir avec une bande de flanelle par dessus laquelle on met du taffetas gommé. Nous ferons observer que la flanelle se distend trop facilement, et qu'avec elle on ne peut établir qu'une compression infidèle; nous préférons la toile. M. Velpeau l'a aussi employée avantageusement.

Hufeland a vanté les frictions mercurielles. M. Velpeau les a employées, au rapport de M. Marinus (1), dans quinze cas d'inflammation des vaisseaux lymphatiques; trois fois il a obtenu une résolution complète, et douze fois la maladie s'est terminée par suppuration. Ces résultats nous semblent contraires à l'emploi de ce moyen dans ce genre de maladie; car, sur quinze cas et sans la médication mercurielle, généralement il y en a plus de

(1) Page 55.

trois qui se sont terminés par résolution. Du reste, il devait en être ainsi, car comment agit l'onguent mercuriel en friction pour favoriser la résolution d'une partie engorgée? C'est en excitant, en stimulant les veines et les absorbants. Il est facile de comprendre que dans la phlegmasie blanche, dont nous avons fait connaître la nature plus haut, l'emploi d'un semblable moyen pourra, dans quelques cas rares, en agissant comme contro-stimulant, favoriser la résolution de l'inflammation veineuse et lymphatique, et, par là, aider l'absorption et la résolution de l'engorgement; mais, pour quelques cas rares, pour ainsi dire exceptionnels, il y aura toujours à redouter un redoublement ou un retour de phlegmasie : cette incertitude de résultat doit donc inspirer de la défiance dans l'emploi de cette médication. Joignez à ces considérations l'action des préparations mercurielles sur le sang, action que nous avons étudiée en parlant de la fièvre puerpérale, et qui consiste à diminuer le chiffre de la fibrine; ajoutez à cette action la disposition à l'infection purulente chez les sujets atteints de *phlegmasia alba dolens,* et vous aurez, nous semble-t-il, une somme assez considérable de motifs puissants pour préférer d'autres moyens aux mercuriaux.

Les diurétiques ont été conseillés dans le but d'obvier à la stase sanguine, dit Valleix (1), lorsque l'œdème existe seul, que l'inflammation s'est dissipée, et que les accidents sont dus particulièrement à l'oblitération de la veine. Parmi cette classe de médicaments, il est encore un choix à faire. Ainsi, à l'instar de Groetzner, nous ne conseillerons pas, en cas pareil, la digitale, dont l'action physiologique a si souvent pour effet de ralentir les mouvements du cœur, et par là, de favoriser encore la stase sanguine et ses effets hydropiques. Les décoctions des cinq racines apéritives, l'infusion de pariétaire, le nitrate et l'acétate de potasse, etc., en activant les fonctions rénales, favoriseront l'absorption de la partie engorgée sans qu'ils soient exposés à nuire. L'usage intérieur de la scille, sous le rapport de son action sur le cœur, ressemble trop à celui de la digitale pour que nous la préconisions davantage que celle-ci; mais il n'en est pas de même de

(1) Page 562.

son usage externe; nous avons plusieurs fois employé la décoction de squammes de scille (une once pour une colature d'une livre) en friction sur les parties œdématiées, avec un avantage marqué. Nous avons, à l'instar de M. Husson, préféré la décoction à la teinture, parce que, comme le dit ce praticien consommé, l'évaporation facile de la teinture entraîne avec elle une partie plus ou moins considérable du médicament. Comme topique résolutif, nous préférons aux préparations mercurielles cette décoction qui nous en a présenté tous les avantages sans en avoir les inconvénients.

Ils n'ont pas été fréquemment employé contre la *phlegmasia alba dolens*. White (1) a recommandé le calomel; Siebold et d'autres auteurs allemands et anglais ont aussi préconisé ce remède; il est inutile de dire, dit Valleix (2), qu'aucun relevé de faits ne nous fait connaître l'efficacité réelle de ce médicament. Les partisans des métastases laiteuses avaient vanté l'acétate et le sulfate de potasse, qu'ils qualifiaient d'antilaiteux. D'après ce que nous avons dit de la nature de la phlegmasie blanche quant aux métastases laiteuses, il est facile de juger que les purgatifs ne peuvent avoir d'autre utilité que de tenir le corps libre et de combattre certains embarras intestinaux. Cependant, et quand tout symptôme d'inflammation a disparu, que l'engorgement persiste comme par une diminution dans la faculté absorbante, si l'état des viscères abdominaux le permet, sans doute on sera en droit d'espérer de grands avantages de l'usage des purgatifs drastiques, colchique, jalap, scammonée, huile de croton, etc. J'ai trop souvent vu des purgations abondantes produire des succès inespérés dans des cas d'hydropisie, pour ne pas croire à l'utilité de cette médication dans le cas qui nous occupe.

Les vomitifs ont été regardés par quelques auteurs comme un des meilleurs moyens à employer. Dans les cas d'embarras gastrique, leur action consistera à éloigner une complication. Et lorsque tout symptôme de réaction aura cessé, que la douleur sera nulle ou presque nulle, mais que malgré les médications les plus rationnelles, l'engorgement traîne en

(1) *An inq. in to the nat. and cause of that swell.*, *etc.* Warrington, 1784. — (2) Page 562.

longueur, la secousse, l'ébranlement général communiqué à l'économie entière par l'action locale du vomitif, pourra décider la marche de la maladie vers la résolution. J'ai trop de fois été témoin d'effets semblables, produits par cette médication dans des cas où certaines maladies semblaient rester stationnaires, et vieillir malgré les moyens mis en usage, pour ne pas croire que dans certaines conditions de la phlegmasie blanche, la même chose ne puisse se manifester. Busch (1) a mis en usage le tartre stibié à haute dose, tel qu'il est administré dans la pneumomie, et il a, dit-il, obtenu par ce moyen, d'assez nombreux succès. Mais il employait en même temps les frictions mercurielles sur la partie affectée. Jennings a administré l'ipécacuanha uni au calomel. Mauriceau, Gardien, Hufeland regardaient les vomitifs comme très-utiles dans cette affection, en ce qu'ils favorisent l'action absorbante des vaisseaux lymphatiques, en dissipant le spasme et excitant une douce moiteur sur la surface du corps, mais ne pouvant opérer une révulsion utile par la secousse qu'ils occasionnent, qu'autant qu'on les emploie dès le commencement de la maladie. Cornelius Smeets (2) conseille l'émétique à haute dose pendant la période d'acuité. Ainsi que dans le cours de l'état aigu de la pneumonie, le tartre stibié a produit, pendant l'acuité de la phlegmasie blanche des effets avantageux ; mais ici, bien plus que dans la pneumonie, l'emploi de cette médication héroïque a besoin de beaucoup de précautions et de surveillance. Si l'époque de l'accouchement est rapprochée, s'il existe du côté de l'utérus, du péritoine ou des intestins des signes de maladie, il est prudent d'y renoncer ; et si l'état puerpéral est assez avancé pour qu'on puisse y recourir sans danger, il faut encore 1° le faire précéder d'une médication antiphlogistique en rapport avec les forces du sujet et l'intensité de la maladie ; 2° surveiller l'action locale du remède de manière à le suspendre aussitôt que des symptômes inflammatoires viendraient à se déclarer du côté de la bouche, de la gorge, de l'œsophage, de l'estomac ou

(1) *Gem. deuts. zeitsc. fur Geb.*, deuxième vol., 1828. — (2) Mémoire sur cette question : « *Tracer l'histoire de la* phlegmasia alba dolens ; *insister d'après l'observation des faits sur la nature et le traitement de cette maladie :* » ouvrage couronné par la Société de médecine de Bordeaux, 1846.

des intestins; 3° le suspendre aussitôt qu'un commencement bien évident de résolution se sera manifesté. Nous avons souvent reconnu qu'une fois la résolution commencée, elle continuait sa marche malgré la cessation du remède. Dans les cas où nous avons employé cette médication énergique avec succès, toujours nous avons observé ou bien des évacuations alvines abondantes, ou bien des sueurs plus ou moins copieuses; ce qui nous porte à croire que ce n'est pas comme révulsif que ce remède agit (car nous nous sommes quelquefois vu forcé de le suspendre à cause d'inflammation plus ou moins violente qu'il occasionnait dans les premières voies; alors que sa révulsion aurait dû être toute puissante, il restait sans effet sur la maladie, ou même en aggravait les phénomènes généraux), mais bien en diminuant la masse des humeurs par l'augmentation de ces sécrétions, et, par conséquent, en activant l'absorption. Du reste, chez la femme puerpérale, où tant de maladies se jugent par une augmentation de l'exhalation cutanée, l'on conçoit que la médication razorienne a des chances de succès qu'elle ne rencontre pas ailleurs.

M. Bacon (1) a recommandé l'emploi de l'iode dans le traitement de la phlegmasie blanche. Il le prescrit de la manière suivante :

℞ : Iode . . . . . gr. v.
Hydriodate de potasse gr. x-xv.
Eau distillée. . . . . ℥ is.

A prendre en trois fois.

Chez des femmes strumeuses; dans des cas où la fièvre et la douleur sont éteintes; quand surtout persiste l'engorgement des ganglions iliaques ou des aînes, nous pensons aussi que l'usage interne de l'iode peut être utile. Nous l'avons employé, comme nous le verrons plus loin, avec le plus grand succès pour combattre des engorgements sub-inflammatoires des mamelles.

Boyle avait recours aux moxas qu'il appliquait à la partie supérieure de

(1) *Gazette médicale*, novembre 1832.

la cuisse, sur le trajet des vaisseaux fémoraux. Hufeland et Boër recommandent dans cette maladie les vésicatoires longtemps entretenus sur la cuisse. David Davis préconise les vésicatoires volants. M. Velpeau a essayé ce moyen dans l'angéioleucite et l'expérience ne lui a pas donné de résultat favorable. Il n'a pas pour effet, selon lui, d'enlever l'inflammation ; son action s'est bornée à décider la résolution ou la suppuration restées jusque là incertaines. Lorsque l'inflammation est très-vive, que le membre est très-gonflé et très-douloureux, qu'il y a une réaction violente, on doit redouter l'application du vésicatoire, qui pourrait augmenter l'inflammation au lieu de la calmer. Cependant, quand il se manifeste des apparences d'érysipèle, le vésicatoire volant peut rendre d'utiles services ; il tend à combattre l'érysipèle, et, par la déperdition plus ou moins considérable de sérum et de fibrine qu'il occasionne, il tend à diminuer l'inflammation et à favoriser la résolution de l'engorgement.

Si l'on a à redouter l'extension de la maladie vers les organes abdominaux, vers les centres circulatoires et lymphatiques ; si l'on craint sa pérégrination à l'autre membre, ou vers un des membres supérieurs, un vésicatoire entretenu en suppuration, comme le conseillait Hufeland, pourra être avantageux ; en d'autres circonstances nous pensons qu'il est sage de s'en abstenir.

Fricke (1) a préconisé les scarifications plus ou moins nombreuses comme utiles pour procurer le dégorgement du membre. A ce moyen cet auteur joint les fomentations narcotiques, les frictions mercurielles et les douches d'eau chaude. Nous pensons, comme le dit très-bien M. Velpeau, que lorsque la veine est enflammée et obstruée, on criblerait le membre d'ouvertures sans faire disparaître l'engorgement ; et, de plus, la tendance à l'inflammation, qui existe dans les parties affectées, peut rendre ces blessures dangereuses.

Les fomentations avec le vinaigre, le vin chaud, l'eau blanche, les bains iodurés et les bains alcalins, ont été mis en usage sans qu'on ait pu en assurer l'efficacité.

(1) *Ann. der Chir. abrh. des allg. krank.*, Hamburg, 1828.

L'eau de Luce préconisée par Blandin contre la phlébite, l'alcoolature d'aconit vantée par Tessier, dans le même cas, pourront aussi trouver leur application. Il en sera de même du sulfate de quinine, qui servira à combattre la rémittence et l'intermittence.

Si des dépôts purulents surviennent, il faut les ouvrir dès que la fluctuation est manifeste et de manière à donner au pus une libre issue.

TABLE

DES

MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME QUATRIÈME.

AVANT-PROPOS. 1

PREMIÈRE PARTIE. — Définition, durée, description anatomique, physiologique et hématologique de l'état puerpéral et soins a donner a la nouvelle accouchée. 5

DEUXIÈME PARTIE — Pathologie de l'état puerpéral. 90

Chapitre premier. — *De la métrite puerpérale.* 103

Chapitre deuxième. — *Inflammation puerpérale des trompes.* 208

Chapitre troisième. — *De l'oophorite puerpérale.* 212

Chapitre quatrième. — *Péritonite puerpérale.* 252

Chapitre cinquième. — *Métro-péritonite puerpérale.* 319

Chapitre sixième. — *De la lymphangite utérine puerpérale.* 335

Chapitre septième. — *Phlébite utérine puerpérale.* 365

Chapitre huitième. — *Des phlegmons du bassin, suites de couches.* 413

Chapitre neuvième. — *De la fièvre puerpérale.* 522

Chapitre dixième. — *De la métrorragie puerpérale.* 636

Chapitre onzième. — *Hystéralgie puerpérale.* 754

Chapitre douzième. — *Phlegmasia alba dolens.* 767

FIN DE LA TABLE.